

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE
CAMPANIA



Periodico Settimanale
Napoli G Ā æ * ĩ 2011
Anno XLI numero HG

**Piano Sanitario Regionale
2011 - 2013**



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 22 del 22 Marzo 2011

OGGETTO: Approvazione del Piano sanitario regionale ai sensi del punto t) della delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007, la Giunta regionale della Campania ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- che in data 24 luglio 2009, la Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007 n. 222;
- che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri 23 aprile 2010, il nuovo Presidente della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso;
- che detta deliberazione, nell'individuare gli atti ai quali attendere via prioritaria, al punto t) dispone di procedere all'adozione del Piano sanitario regionale, in coerenza con il Piano di rientro;

RILEVATO

- che in occasione della verifica degli atti adottati dal Commissario ad acta svoltasi il 26 ottobre 2010, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato permanente per la verifica dei LEA hanno subordinato l'erogazione di una quota delle spettanze residue a tutto l'anno 2009, all'invio al Tavolo stesso di una serie di provvedimenti, tra cui il Piano sanitario regionale;

DATO ATTO

che con decreti commissariali n. 29 dell'8/5/2010 e n. 42 del 14/7/2010, trasmessi ai competenti Ministeri per la validazione, è stato approvato il documento tecnico sul riassetto della rete ospedaliera e territoriale con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi ospedalieri non in grado di adeguati profili di efficienza e di efficacia;

che a seguito delle osservazioni ministeriali in merito ai citati decreti, con decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27 settembre 2010, il Piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale, emendato sulla base delle osservazioni stesse, è stato definitivamente approvato; che il documento allegato al suddetto decreto commissariale n. 49, segnatamente nella parte seconda, ha provveduto a definire le linee fondamentali della riorganizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali della Campania in una ottica di integrazione "ospedale-territorio" e di potenziamento della rete territoriale quale strumento per attuare la dismissione delle strutture ospedaliere e la loro riconversione;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

CONSIDERATO, quindi, che occorre completare il ciclo di programmazione regionale con l'adozione del Piano sanitario regionale, per la complessiva riqualificazione del servizio sanitario della Campania;

VISTO

il documento allegato al presente decreto, recante il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013 della Campania, con il quale si provvede:

- a) ad analizzare gli attuali elementi di contesto del Servizio sanitario regionale;
- b) a definire, coerentemente con esso, le azioni per lo sviluppo del sistema ;
- c) ad identificare gli obiettivi da raggiungere nel triennio di validità del Piano;
- d) ad individuare strumenti e metodi di valutazione delle performances;

DATO ATTO

- che avvalendosi della impostazione metodologica innanzi descritta, il documento di programmazione allegato sviluppa la trattazione dei principali settori di attività che connotano il Servizio sanitario campano e le tematiche di sistema, quali strumenti per la regolazione dei rapporti e per l'innovazione organizzativa e tecnologica;
- che l'insieme degli obiettivi prefissati ha la finalità di garantire il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza;

RILEVATO

- che, in ragione dello stato di commissariamento della Regione Campania disposto, come in premessa precisato, ai sensi dell'art. 4, comma 2, del d.l. 159/2007, convertito con modificazioni dalla legge n. 222/2007, i poteri spettanti agli organi regionali nelle materie oggetto del piano di rientro sono esercitati, in via sostitutiva (ai sensi dell'art. 120, della Costituzione e dell'art. 8, della legge 131/2003), dal Commissario ad acta, che, pertanto, è competente per l'adozione del presente provvedimento;

RITENUTO, per quanto sopra precisato, di procedere alla approvazione del documento allegato recante il Piano Sanitario Regionale 2011- 2013 della Campania;

VISTI

- l'art. 6 dell'Accordo, approvato con la delibera di giunta regionale n. 460/2007, ove è stabilito che “gli interventi individuati dal piano allegato al presente accordo sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006 n. 296 e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione di provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria”;
- l'art. 1, comma 95, della legge n. 191/09, finanziaria per il 2010, ove si dispone che “gli interventi individuati dal Piano di Rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del Piano di rientro”;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- la lettera r) della citata delibera del Consiglio dei Ministri del 24/04/2010 che prescrive “la verifica della congruità con il piano di rientro dei provvedimenti regionali ed aziendali con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano, ovvero adottati in carenza o difformità del parere preventivo da parte dei Ministeri affiancanti”;

l’art. 6 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 che, nell’approvare il piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera di cui all’allegato A) della legge regionale stessa, ha previsto, al comma 2, che detto piano “ha efficacia fino all’approvazione del nuovo Piano sanitario regionale”;

DATO ATTO

- che, pertanto, con l’approvazione del presente decreto, cessa, anche per le previsioni eventualmente non già rimosse dai decreti del Commissario ad acta - pure innanzi citati - con i quali si è provveduto al riassetto della rete ospedaliera e territoriale della Campania, l’efficacia del Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera, approvato con la citata L.R. n. 16/2008;

PRECISATO che il presente decreto viene approvato salvo ratifiche degli organi competenti.

DECRETA

di approvare, salvo ratifiche degli organi competenti, l’unito documento che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto, che reca il Piano sanitario regionale 2011 – 2013 della Campania.

di prendere atto che con l’approvazione di detto Piano sanitario cessa, in tutte le sue previsioni, l’efficacia del Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale, approvato con la legge regionale 28 novembre 2008 n. 16, ai sensi dell’art. 6, comma 2, della legge regionale stessa.

di inviare il presente decreto alle AGC 19 Piano Sanitario regionale e 20 Assistenza Sanitaria per quanto di rispettiva competenza.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Giuseppe Zuccatelli

Il Coordinatore dell’A.G.C. 19
Dott. Albino D’Ascoli

Il Coordinatore dell’A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Il Direttore Generale dell'ARSAN
Dott. ssa Lia Bertoli

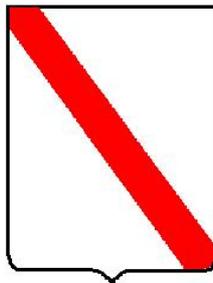
Il Dirigente Settore Fasce Deboli
Dott. ssa Rosanna Romano

Il Dirigente Settore Veterinario
Dott. Paolo Sarnelli

Il Dirigente Settore Assistenza Ospedaliera
Dott. Renato Pizzuti

Il Dirigente STAP Avellino
Dott.ssa Eleonora Amato

Il Direttore Al Direttore della
S.C. Servizio Centrale Sistemi Informativi
dell'ASL Napoli 1
Dott. F. di Trapani



Regione Campania

Piano Sanitario Regionale 2011 - 2013

INDICE

1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO	3
1.1. Dal Piano di rientro dal disavanzo al Piano Sanitario Regionale	3
1.2. L'appropriatezza e la garanzia dei LEA	3
1.3. Il contesto	4
1.4. Le linee prioritarie di sviluppo	7
2. LA PREVENZIONE	8
2.1. Gli stili di vita	9
2.2. Lo stato di salute	15
2.3. Le attività di prevenzione	17
2.4. I programmi	20
2.5. La sanità veterinaria e la salute animale	30
2.6. Il rapporto salute-ambiente	36
3. LE CURE PRIMARIE	40
3.1. Gli elementi di contesto	40
3.2. Le azioni preliminari da realizzare	43
3.3. La riorganizzazione complessiva delle cure primarie	45
3.4. L'integrazione ospedale-territorio	51
3.5. L'information Communication Technology (ICT)	54
4. L'ASSISTENZA TERRITORIALE E L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	57
4.1. L'Area distrettuale: il modello organizzativo del distretto sociosanitario	57
4.2. Le Aree dipartimentali e la loro infrastrutturazione nelle strategie aziendali	64
4.3. L'integrazione sociosanitaria	66
5. IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI	77
6. IL PERCORSO NASCITA	86
7. LA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE	91
8. LE RETI	98
8.1. La rete della disabilità e dei percorsi riabilitativi	98
8.2. La rete della non autosufficienza	110
8.3. La rete delle cure palliative	119
8.4. La rete della salute mentale	123
8.5. La rete delle dipendenze e delle patologie correlate	133
8.6. La rete dell'assistenza ai malati di AIDS e sieropositivi	141
9. LE TEMATICHE DI SISTEMA	145
9.1. L'accreditamento istituzionale in Regione Campania	145
9.2. Clinical Governance e sicurezza delle cure	148
9.3. Gli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del SSR	159
9.4. La riorganizzazione del Sistema Informativo Sanitario regionale	161
9.5. Le politiche del farmaco	188
9.6. La formazione	196

1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

1.1 Dal Piano di Rientro dal disavanzo al Piano Sanitario Regionale

Il Piano Sanitario Regionale 2011 - 2013 s'inserisce in un quadro istituzionale e normativo, nazionale e regionale, altamente complesso ed articolato che vede la nostra regione fortemente impegnata con il piano di rientro dal disavanzo.

Per la definizione del nuovo Piano Sanitario Regionale si è tenuto conto della necessità da un lato della crescita qualitativa del sistema e dei relativi livelli di assistenza e dall'altro dell'individuazione di obiettivi e di linee d'intervento, coerenti con i principi e le strategie del Piano Sanitario Nazionale, del nuovo Patto per la Salute e di tutti gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

In tal senso, il Piano Sanitario regionale intende assolvere all'impegno assunto con il Piano di rientro, individuando una serie di obiettivi e di azioni per garantire adeguate risposte ai bisogni di salute dei cittadini, partendo dalle criticità sinora emerse nella nostra Regione e pienamente espresse nel Piano di rientro, nonché dall'insieme di dati e condizioni che caratterizzano l'attuale servizio sanitario campano.

Nell'ambito di tale contesto, il Piano Sanitario si è sviluppato su una serie di principi e di valori accomunati da un stesso denominatore: "il soddisfacimento dei bisogni di salute nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei criteri e delle regole per il governo dei livelli di spesa basati su indicatori standard di efficienza ed appropriatezza".

Su tali basi l'equilibrio economico-finanziario si pone, quindi, quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema anche alla luce degli obblighi scaturenti dall'Intesa sul nuovo Patto per la Salute per il triennio 2010-2012.

Valutare la sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria e l'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché l'appropriatezza delle prestazioni risulta essere sempre più indispensabile e diviene, pertanto, uno dei principi a cui si ispira l'intero Piano Sanitario Regionale.

Le linee sin qui tracciate rappresentano la risposta adeguata per un accettabile riequilibrio tra l'insieme dei bisogni sanitari e sociosanitari dei nostri cittadini e le risorse disponibili intendendo, così, sostenere una sanità non intesa solo come un costo ma, soprattutto, come un investimento diretto al miglioramento della qualità della vita delle persone, a beneficio di tutta la società.

Pertanto, obiettivo generale del Piano sanitario regionale è il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza nei limiti dell'equilibrio economico - finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo garantendo, nel contempo, la coerenza con i contenuti e con le linee di azione e le strategie previste nei Programmi Operativi regionali per il biennio 2011-2012.

1.2 L'appropriatezza e la garanzia dei LEA

Nelle politiche del SSN l'appropriatezza rimane un obiettivo costante ed in continua evoluzione, identificandosi con la maggior parte degli obiettivi della qualità di un sistema sanitario, in rapporto al mutamento del quadro epidemiologico, delle scoperte scientifiche, dell'evoluzione tecnologiche, della situazione economica e politica.

Nel sistema sanitario campano, oltre alle criticità proprie di un sistema sanitario sottoposto ad un piano di rientro dal disavanzo, dove prevalgono gli aspetti negativi dell'offerta dei servizi, in particolare in termini di costo-benefici, si osservano anche altre criticità, quali principalmente l'inappropriatezza.

La mancata piena realizzazione della deospedalizzazione è, ad esempio, una delle cause dell'alto tasso di ospedalizzazione registrato sul nostro territorio. Esso è causato, in particolar modo, dallo sviluppo differenziato sul territorio regionale delle cure primarie e dell'assistenza residenziale e domiciliare che non

consentono un contenimento al ricorso dell'ospedale.

Il riassetto della rete ospedaliera e territoriale ha costituito uno degli obiettivi che, in via prioritaria, il Consiglio dei Ministri ha assegnato, nella delibera del 24 aprile 2010, al Commissario ad acta per la sanità della Regione Campania, al fine di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia da conseguire tramite adeguati interventi di dismissione, riconversione e riorganizzazione di quei presidi ospedalieri che non sono più in grado di garantire qualità, sicurezza, appropriatezza ed economicità nell'erogazione dei livelli assistenziali.

Con il decreto commissariale n. 49 del 27/09/2010, la Regione ha adottato il nuovo riassetto della rete ospedaliera e territoriale che consente di ridurre la forte domanda di inappropriatezza che caratterizza l'attuale rete ospedaliera campana.

La ricerca dell'appropriatezza ha rappresentato un elemento caratterizzante anche per l'adozione di un successivo decreto commissariale a forte impatto sull'organizzazione ospedaliera. In particolare ci si riferisce al decreto commissariale n. 58 del 30.10.2010 con il quale sono state definite le soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna, provvedendo, altresì, a completare il complesso processo programmatico di trasferimento della domanda dal livello ospedaliero a quello territoriale.

Si è provveduto in tal modo a riprogettare l'organizzazione assistenziale, finalizzata allo sviluppo progressivo di risposte che privilegino alti livelli assistenziali sia presso l'ospedale che in sede territoriale, rafforzando la rete integrata territorio – ospedale.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale mira, pertanto, da un lato alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, con la realizzazione di un sistema di assistenza che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

E' in questa prospettiva organizzativa e gestionale che va ad inserirsi un processo culturale fondato sull'appropriatezza dell'assistenza, traducibile, in termini di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio, in un cambiamento di orientamento ed investimento strategico regionale ed aziendale.

1.3 Il Contesto

Struttura e dinamica demografica

Secondo i dati ISTAT disponibili al 1 gennaio 2010, la Regione Campania conta 5.824.662 residenti. Il 53% della popolazione risiede nella Provincia di Napoli, mentre nelle altre province si distribuisce così: Salerno 19%, Caserta 15,5%, Avellino 7,5%, Benevento 5%.

La Campania è anche caratterizzata dalla più alta proporzione di popolazione in età evolutiva, del Paese: il 17% ha un'età ≤ 14 anni, mentre in Italia tale proporzione non supera il 14%. Di conseguenza l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra residenti dai 65 anni in su e residenti di età uguale o inferiore ai 14 anni, è il più basso d'Italia ed è pari a circa 90 (Italia: 142). Tra le 5 province, Napoli è la più giovane della Regione, con indice di vecchiaia paria circa 80, mentre le altre mostrano gli indici più alti, superiori a 110. La popolazione delle Asl che includono comuni di montagna è mediamente più anziana rispetto a quelle che includono comuni situati in pianura.

Relativamente alla natalità, la Campania ha mantenuto in questi ultimi anni valori tra i più alti d'Italia. Sebbene in lenta diminuzione, ancora oggi essa conservi il tasso di natalità più alto dell'intero Paese: 10,7‰ nel 2007, a fronte del valore nazionale di 9,5‰, con le province di Napoli e Caserta che mostrano i valori più alti rispetto alle altre.

Tra le 5 Province, Napoli è la più giovane della Regione, con indici di vecchiaia uguali o inferiori a 80, mentre le altre mostrano gli indici più alti, superiori a 110. La popolazione delle Asl che includono comuni di montagna è mediamente più anziana rispetto a quelle che includono comuni situati in pianura.

Negli ultimi decenni, il tasso di natalità della Campania si è mantenuto sempre tra i più alti d'Italia: sebbene in lenta diminuzione, ancora oggi la Campania con 10.5 nati per 1.000 conserva uno dei tassi di natalità più alti dell'intero Paese (Italia 9.5 ‰).

Un dato peculiare e interessante riguarda, soprattutto nelle aree considerate a maggior rischio socio-economico, le condizioni di affollamento a cui sono esposti i cittadini: con circa 430 abitanti per km² la Campania registra la più alta densità abitativa regionale del Paese (media nazionale: 199 ab/ km²). Ma sono soprattutto la provincia di Napoli e quella di Caserta, rispettivamente con 2.630 e 340 ab/ km², che mostrano valori largamente al di sopra della media italiana; al contrario, la provincia di Salerno, con 222 ab/ km², di Avellino che ne conta 157 e di Benevento con 140, mostrano valori prossimi alla media nazionale. La città di Napoli, in particolare, presenta una densità straordinariamente elevata, pari addirittura a circa 8.500 ab/ km², notevolmente superiore anche ad altre grandi e affollate città come Milano (6.900 ab/ km²), Torino (6.600 km²), Roma (1.980 km²).

Relativamente alla composizione familiare, la Campania mostra due dati che, ancora una volta, la differenziano dalle altre regioni: il numero medio di componenti per famiglia più alto d'Italia (3 contro 2.5) e la maggior proporzione di famiglie con ≥ 6 componenti che in Campania è pari a 3.2% e in Italia 1.4%.

La speranza di vita alla nascita è un indicatore sintetico che esprime lo stato sociale e ambientale di una popolazione, ma tiene conto anche di altri parametri di esito sulla salute, tra cui la mortalità. Negli ultimi trent'anni la popolazione italiana ha mostrato valori di speranza di vita tra i più alti del mondo e in continua crescita. Tuttavia, negli ultimi decenni, la popolazione della Campania ha mostrato per gli uomini e per le donne un'aspettativa di vita che, sebbene in costante ascesa, si è mantenuta puntualmente inferiore rispetto a tutte le altre Regioni italiane. Nonostante tutto, l'aumento della speranza di vita alla nascita negli ultimi anni ha mostrato in Campania un incremento simile a quello nazionale: un po' più basso per gli uomini e un po' più alto per le donne (vedi tabella).

Speranza di vita in Campania e Italia: differenziale

		1989	2007	Aumento assoluto (differenza in anni)
Uomini	Campania	72,1	77,4	5,3
	Italia	73,0	78,6	5,6
Donne	Campania	77,7	82,9	5,2
	Italia	79,4	84,1	4,7

Relativamente alle Province campane, pur assumendo valori tra i più bassi rispetto alle altre province italiane, questo indicatore ha mostrato sensibili e inattesi miglioramenti nel tempo: i dati provinciali disponibili dimostrano che nel periodo 2000-2004, sia per gli uomini sia per le donne, la speranza di vita ha mostrato miglioramenti di entità maggiore sia alla media nazionale sia a molte altre Province italiane. In particolare tra il 2000 e il 2004 la speranza di vita delle donne è aumentata, nelle Province di Napoli e Caserta, rispettivamente di 1,4 e 2 anni, a fronte di un aumento medio nazionale di 1,2 anni. Anche per gli uomini si registra un aumento medio nelle due Province campane decisamente superiore all'incremento nazionale.

Profilo socio-economico

Le condizioni socio-economiche sono considerate tra i più potenti determinanti di salute di una popolazione: l'evidenza scientifica prodotta negli ultimi decenni in diversi Paesi ha concordemente dimostrato come la scarsa istruzione, la disoccupazione e le conseguenti modeste risorse economiche delle famiglie siano associate a stili di vita scadenti i quali, a loro volta, aumentano il rischio di raggiungere livelli di salute insoddisfacenti.

Dal punto di vista socio-economico e demografico la Campania manifesta alcune caratteristiche che, relativamente a numerosi indicatori, la situano lontana dalla media delle altre Regioni italiane, quasi sempre nelle posizioni estreme e sfavorevoli. Con ovvie conseguenze avverse sulla salute dei cittadini.

Relativamente agli stili di vita, soprattutto quelli maggiormente associati ad esiti sulla salute, la percentuale di popolazione campana che fuma, che non svolge attività fisica o che comunque vive una vita sedentaria, che ha un'alimentazione non corretta o un peso eccessivo, è sistematicamente superiore rispetto a quella rilevabile in tutte le altre regioni italiane.

Alla luce di queste premesse, purtroppo, è "fisiologico" attendersi in Campania una popolazione che manifesti condizioni di salute sensibilmente peggiori rispetto a quelle di cittadini residenti in altre Regioni, caratterizzate, queste ultime, da un profilo socio-economico più favorevole.

La Campania presenta, insieme alla Puglia, il grado di alfabetizzazione più modesto del Paese: l'ultimo censimento (2001) ha mostrato, infatti, che il 15% della popolazione tra i 15 e i 52 anni non ha conseguito la scuola dell'obbligo (Italia 10%). Più in dettaglio, la provincia di Napoli registra il maggior indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (18%): seguono Caserta con il 14% e le altre Province, con valori prossimi (10-11%) a quello nazionale.

Appena dopo quello della Sicilia, la nostra regione presenta il tasso di disoccupazione giovanile 15-24 anni più alto dell'intero Paese: dati recenti del 2007 indicano per la nostra regione un tasso pari al 32% contro un dato medio nazionale pari al 20%; non ci si meravigli, dunque, se in Campania una famiglia su cinque vive una condizione di povertà, mentre in Italia ciò interessa mediamente una famiglia su dieci. I recenti dati Eurostat mostrano come, a dispetto di un PIL pro capite nazionale pari a circa 24.300 €, quello campano è il più basso di tutte le regioni italiane e ammonta a poco meno di 15.500 €; ancora una volta, all'interno della regione, il primato relativo alle condizioni socio-economiche più scadenti spetta alle province di Napoli e Caserta.

Il disagio sociale: dati sulla percezione dei cittadini

I cittadini campani percepiscono ed esprimono apertamente il disagio relativo alle condizioni in cui sono spesso costretti a vivere nel luogo di residenza: un cittadino su due (in Italia 1 su 4) ritiene che ci sia "sporcizia" nella zona in cui abita mentre un cittadino su tre ritiene che vi siano situazioni di violenza, criminalità o atti vandalici (in Italia 1 su 6) e, per entrambe queste situazioni, la Campania vanta un infelice primato nazionale. Il 14% dei cittadini campani inoltre, secondi solo a quelli laziali per un solo punto percentuale, riferisce che nella propria zona di residenza vi sono persone che si drogano, che si ubriacano e che si prostituiscono (in Italia 9%): tali condizioni sono più spesso, ma non esclusivamente, riferite da cittadini residenti in aree caratterizzate da maggiore povertà.

Anche i problemi di accesso ai servizi sanitari, a causa di affollamento o di lontananza, sembrano essere particolarmente lamentati dai cittadini campani: in regione, infatti, il 15% dichiara di avere difficoltà nel raggiungere ed usufruire dei servizi Asl e del Pronto Soccorso rispetto ad un dato nazionale pari al 10%.

In Campania circa un cittadino su due lamenta un eccessivo inquinamento dell'aria o acustico e, rispetto alle altre regioni italiane, ancora una volta ci si trova nella parte apicale della classifica.

Il contesto socio-demografico in sintesi

La Campania, regione giovane, prolifica e sovrappollata, ospita cittadini costretti a vivere condizioni sociali ed economiche svantaggiate ed estreme rispetto alla maggioranza delle altre regioni italiane: una tale situazione espone i singoli e l'intera comunità a stili di vita dannosi e a condizioni di salute sensibilmente più scadenti rispetto a tutti gli altri abitanti della stessa nazione. I cittadini percepiscono e lamentano in vari modi il quotidiano disagio.

1.4 Le linee prioritarie di sviluppo

Il Piano Sanitario della Regione Campania definisce le linee prioritarie di sviluppo del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto dei principi fondamentali che regolano tutti i sistemi sanitari sviluppati: tutela del diritto alla salute delle comunità e delle persone, garanzia di universalità eguaglianza ed equità di accesso alle cure, erogazione di tutte le attività assistenziali previste dai LEA, libertà di scelta e attenzione all'informazione e alla partecipazione dei cittadini.

Nella definizione delle macro aree di indirizzo la programmazione sanitaria tiene conto sia dei bisogni crescenti di salute sia delle risorse disponibili mediante le quali assicurare le risposte necessarie a garantire il diritto alla salute. Considera inoltre che garantire il diritto alla salute significa offrire i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione delle disabilità, ma significa anche, contemporaneamente, assicurare che tali attività e servizi siano forniti nei luoghi, nei modi e nei tempi opportuni

La Regione riconosce inoltre la necessità che il Servizio Sanitario Regionale assuma il ruolo di promotore e facilitatore di una strategia di coordinamento tra diverse istituzioni a vario titolo e a diversi livelli coinvolte nella tutela della salute dei cittadini. Il perseguimento degli obiettivi che il piano si pone è infatti, in una certa misura, correlata anche alla capacità dei diversi soggetti istituzionali di cooperare e di contribuire ciascuno per la propria parte al benessere della popolazione.

Ai fini di garantire l'erogazione dei LEA nel rispetto del principio di appropriatezza delle cure ed efficienza nell'utilizzo delle risorse è essenziale che la regione sviluppi la propria funzione di governance attraverso:

- La definizione di obiettivi e strategie;
- La sorveglianza e valutazione del funzionamento delle strutture che compongono il sistema;
- Monitoraggio e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- Adozione di sistemi gestionali volti al miglioramento continuo e capaci di intervenire in corso d'opera per migliorare le performance.

Le linee strategiche della politica sanitaria regionale per il prossimo triennio sono rivolte prioritariamente verso:

- il miglioramento e potenziamento della prevenzione e della promozione della salute;
- la riorganizzazione delle cure primarie e la tutela e la cura delle persone più deboli;
- La diffusione ed il consolidamento dell'integrazione sociosanitaria;
- Il rafforzamento della rete territoriale dell'assistenza;
- La integrazione tra i diversi soggetti che operano nel sistema e l'ottimizzazione del rapporto con i privati attraverso il sistema dell'accreditamento;
- Lo sviluppo della clinical governance e l'attenzione alla sicurezza delle cure;
- La realizzazione dei necessari investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico;
- La riorganizzazione del sistema informativo e lo sviluppo delle attività di monitoraggio
- Le politiche del farmaco
- La cura della formazione e della qualificazione del personale

La riorganizzazione aziendale delle attività territoriali illustrate nei successivi capitoli dovrà avvenire senza incremento del numero totale delle strutture complesse quantificate dalle singole Aziende Sanitarie Locali nei rispettivi piani attuativi aziendali redatti in esecuzione del decreto commissariale n. 49 del 29 settembre 2010.

2. LA PREVENZIONE

La salute della popolazione campana: la percezione della salute

Numerosi studi hanno mostrato che lo stato di salute percepito dalle persone è strettamente correlato alla mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito è anche associato alla presenza delle più frequenti malattie croniche ed ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

Ci sono diversi metodi per misurare la percezione della salute. Il metodo usato da *PASSI* è quello dei "giorni in salute" che misura la percezione del benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali. Seguono i principali risultati relativi ai cittadini campani.

- il 65% degli intervistati ha risposto di sentirsi bene o molto bene, mentre il 29% ha risposto di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 6% di stare male/molto male.
- In particolare si dichiarano meno soddisfatti della loro salute e dichiarano una condizione discreta o cattiva:
 - Persone sopra i 50 anni (56%)
 - Donne (40%)
 - Persone con istruzione elementare (61%)
 - Persone con molte difficoltà economiche (56%) e, soprattutto,
 - Persone con patologie severe (63%)
- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale; solo i valori delle ASL AV 1 e NA5 si mostrano, rispettivamente, inferiore e superiore in modo statisticamente significativo (range dal 55% di AV 1 all'89% della NA 5).
- La maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene negli ultimi 30 giorni:
 - 60% in buona salute fisica
 - 69% in buona salute psicologica
 - 79% senza alcuna limitazione delle attività abituali.
- Il 7% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'8% per motivi psicologici e solo il 4% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica per più di 14 giorni in un mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività.

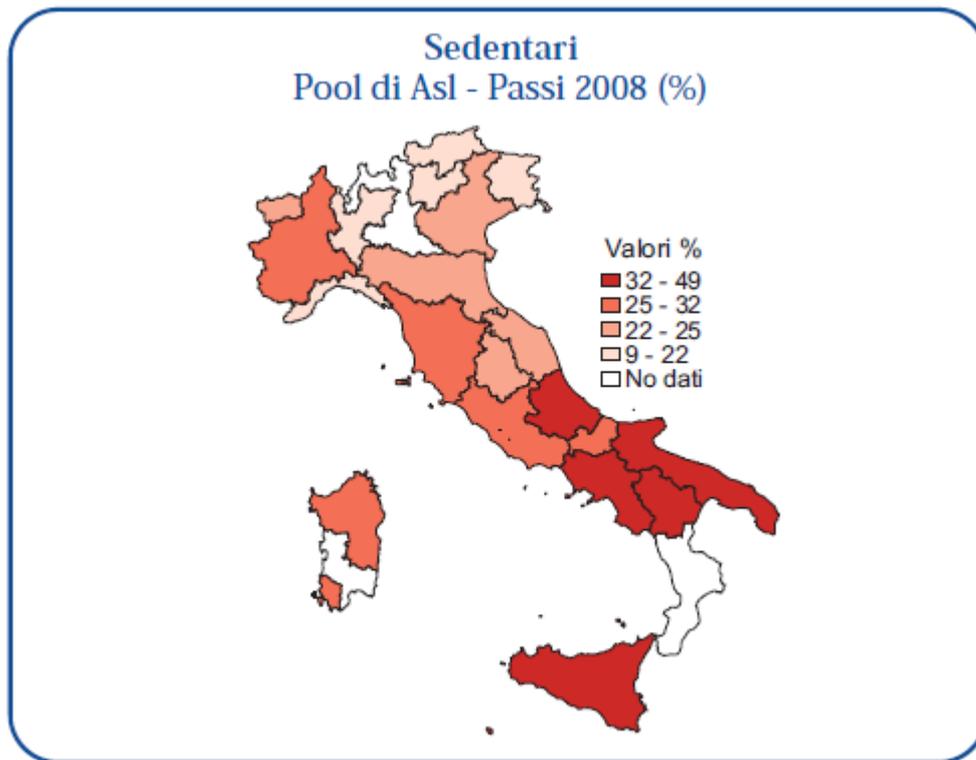
Percezione della salute in età evolutiva

Il Sistema di Sorveglianza HBSC, basato su dati riferiti dagli adolescenti di 11,13 e 15 anni, ci fornisce un quadro interessante su come i ragazzi e le ragazze percepiscono la propria salute: in entrambi i sessi e ugualmente in Campania come in Italia, più di 9 adolescenti su 10 giudicano la propria salute come buona-eccellente; solo tra le ragazze quindicenni si osserva, rispettivamente tra le campane e le italiane, una lieve riduzione di tale percezione rispettivamente nell'87% e 85% dei casi.

2.1 Gli stili di vita

Attività fisica e sedentarietà - Adulti

La scarsa attività fisica è un fattore di rischio indipendente per diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e sintomi di depressione. Nelle persone che soffrono di artrosi e nella terza età, l'inattività fisica aumenta fortemente il rischio di disabilità. Sebbene gli esperti abbiano stimato che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità, per tutte le cause, di circa il 10%, lo stile di vita sedentario è in aumento nei paesi sviluppati.



Esistono prove scientifiche del fatto che alcuni interventi sono in grado di aumentare la pratica dell'attività fisica e migliorare la forma fisica: le campagne di informazione rivolte alla comunità, i suggerimenti ad incoraggiare l'uso delle scale, l'attivazione di programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti correlati alla salute, gli interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali). Tra questi interventi, PASSI rileva i suggerimenti degli operatori sanitari:

- Il 28% degli adulti svolge attività fisica in misura adeguata a mantenersi in salute, o perché fa un lavoro pesante o perché pratica esercizio fisico
- Il 28% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in misura insufficiente
- Il 44% è completamente sedentario
- La sedentarietà aumenta con l'età ed è più frequente tra le persone meno istruite e tra quelle con molte difficoltà economiche, che risultano essere i più sedentari
- Gli assistiti delle ASL della Campania hanno, assieme a quelli della Sicilia, riportato i valori più elevati di sedentarietà (44% contro una media nazionale pari al 28%)

Attività fisica e sedentarietà – Età evolutiva

I bambini campani, al pari dei loro genitori adulti, si caratterizzano per una vita sedentaria: sono meno spesso (69%) "fisicamente attivi" rispetto ai loro coetanei italiani (74%), giocano meno spesso all'aperto rispetto a questi ultimi (rispettivamente nel 48% e 55% dei casi).

D'altra parte, avendo 3 bambini su 4 la televisione nella propria stanza, contro un dato nazionale pari a 2

su 4, con tutte le conseguenze associate ad una tale "comodità", non ci si poteva attendere di meglio.

Relativamente alla percezione da parte della madri dell'attività fisica svolta dai bambini, poi, si apprezza come all'interno dei bambini classificati come "non attivi", il 40% delle loro madri ritiene essi svolgano una sufficiente attività fisica, e, addirittura, il 5% ritiene che il figlio svolga molta attività.

Il Sistema di Sorveglianza HBSC (anno 2010), inoltre, relativamente alla sedentarietà, ci restituisce alcune importanti informazioni: i quindicenni campani, rispetto ai loro coetanei italiani, spendono ≥ 2 ore/giorno al computer o playstation rispettivamente nel 51% e nel 39% dei casi; lo stesso accade per le ragazze della stessa età che spendono al PC/playstation ≥ 2 ore/giorno nel 34% dei casi rispetto al 26% delle coetanee italiane.

Fumo

E' il principale fattore di rischio di malattie croniche non trasmissibili, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie, cancro. Si tratta del maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità.

La sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. L'attenzione e il consiglio di smettere di fumare, da parte del medico, aumenta la probabilità che il fumatore smetta.

In Campania tra i 18 e i 69 anni:

- I fumatori sono il 33%
- I fumatori in astensione lo 0,8%.
- Gli ex fumatori il 13%,
- I non fumatori sono il 54%
- Ci sono più fumatori tra i soggetti di sesso maschile, tra gli adulti tra 25 e 49 anni, tra persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche.

Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 31%, gli ex fumatori il 19%. La Campania si conferma una delle regioni con elevata percentuale di fumatori.

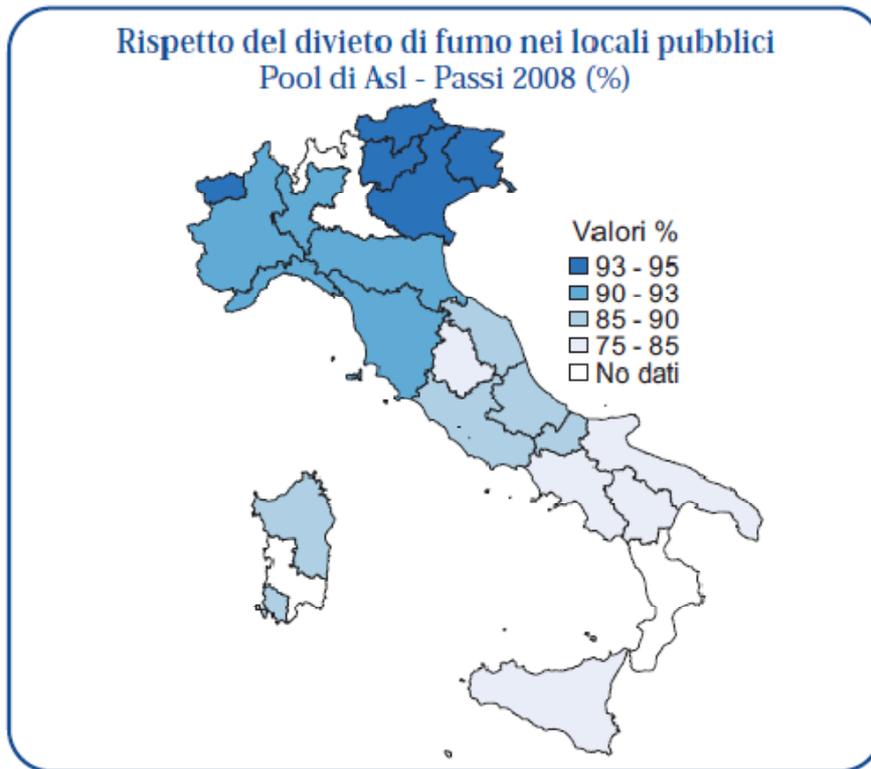
Fumo - Età evolutiva

HBSC ci restituisce dati interessanti anche sull'abitudine al fumo degli adolescenti: tra i ragazzi quindicenni campani si fuma ≥ 1 volta a settimana nel 15% dei casi (Italia 19%), mentre tra le ragazze della stessa età ciò si verifica nel 14% dei casi (Italia 20%). Anche tra i tredicenni campani si apprezza un'incipiente abitudine al fumo: ragazzi e ragazze fumano, rispettivamente, nel 4% e nel 2% dei casi.

Fumo passivo

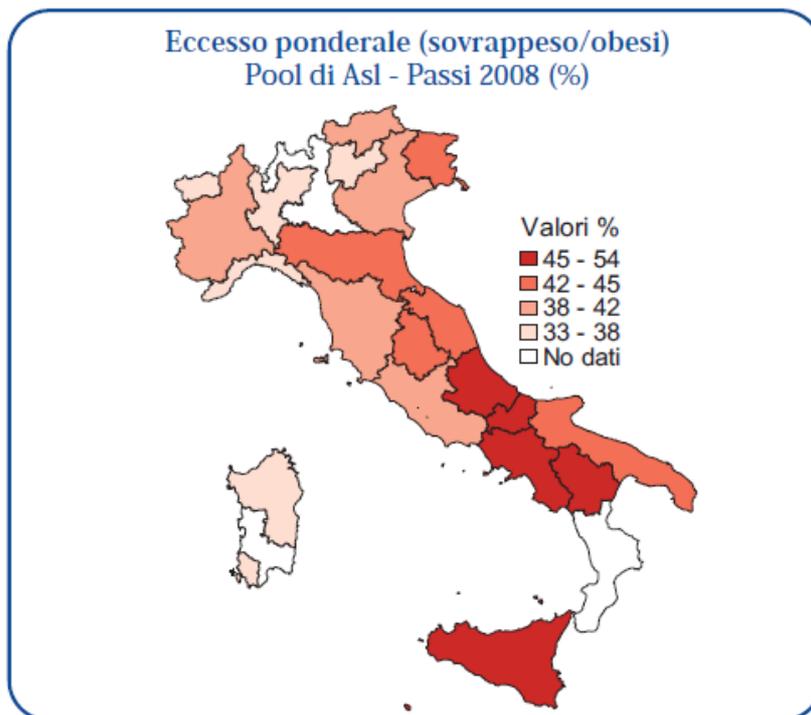
Rappresenta la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza, inoltre, si associa ad un maggior rischio di basso peso alla nascita e di morte improvvisa del lattante. L'esposizione al fumo passivo nell'infanzia si associa a otite media, asma, bronchite e polmonite, mentre in età adulta aumenta il rischio di malattie ischemiche cardiache, ictus, cancro del polmone.

Lo studio PASSI ci fornisce informazioni preziose: gli intervistati campani riferiscono, nel 71% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre (il dato nazionale è 84%); il 29% di essi, inoltre, dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente (il dato nazionale è 16%). Sul luogo di lavoro, inoltre, il divieto di fumare è rispettato nell'80% dei casi (dato nazionale: 85%). Soltanto il 66% degli intervistati, infine, dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni



Stato nutrizionale - Adulti

In accordo a dati riferiti dai cittadini campani (PASSI), il 47% di essi è affetto da un eccesso ponderale, ovvero il 35% da sovrappeso ed il 12% da obesità. L'eccesso ponderale aumenta con l'aumentare dell'età; è maggiore negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 54% e 39%) e nelle persone con basso livello di istruzione. Rispetto al dato nazionale di sovrappeso ed obesità rispettivamente pari al 31% e 11%, la Campania mostra uno dei più alti livelli nazionali.



La percezione del proprio stato ponderale, in Campania così come anche in Italia, è modesta: tra i sovrappeso, più della metà giudica il proprio peso come adeguato. Inoltre, sia gli obesi che i sovrappeso, nella maggioranza dei casi, giudicano la propria alimentazione abbastanza o completamente sana.

L'eccesso ponderale rappresenta il secondo principale rischio modificabile per la salute in Campania ed è un problema prioritario di salute pubblica.

Stato nutrizionale – Età evolutiva

Il Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute (2008) riconosce alla Campania la maglia nera in quanto a sovrappeso ed obesità infantile, rispettivamente pari al 28% e 21% (Italia: 24% e 12%).

Com'è ovvio che sia, tali livelli di eccesso ponderale si associano a stili di vita fortemente favorevoli tale stato: i bambini campani, rispetto ai valori medi nazionali, fanno meno spesso una colazione mattutina adeguata, fanno spuntini assolutamente inadeguati ed ipercalorici.

Considerando, poi, l'alta prevalenza tra i bambini campani di obesità grave (> 99° centile, standard WHO) e, ancora, che in Campania è presente la proporzione di popolazione < 14 anni più alta del Paese, emerge come -in termini assoluti- tra tutti i bambini italiani affetti da obesità grave 1 su 3 risieda nella nostra regione. Alla luce dell'alto rischio di mantenere un tale livello di eccesso ponderale nelle età successive e considerando il rischio delle ben note comorbidità associate a tali livelli di sovrappeso, è legittimo ipotizzare che, nei prossimi anni, la fascia di popolazione giovane-adulta campana dovrà sopportare un carico di patologie metaboliche e cardio-vascolari senza precedenti.

Relativamente alla corretta percezione dello stato nutrizionale del proprio figlio quando è in sovrappeso, solo il 42% delle madri riesce ad apprezzarne l'entità contro un dato nazionale pari al 51%.

Un altro aspetto, altrettanto importante, riguarda l'impegno della scuola nel proporre attività salutari ai propri alunni: rispetto al resto del Paese, le scuole primarie campane hanno una mensa nel 48% dei casi (Italia 64%), distribuiscono alimenti salutari nel 3% dei casi (Italia 12%), svolgono le 2 ore di attività motoria curricolare nel 61% dei casi (Italia 71%).

Consumi di frutta e verdura - Adulti

Un cittadino campano su 2 assume frutta o verdura almeno una volta al giorno, mentre 1 su 3 ne assume 3-4 porzioni al giorno: solo il 7% (Italia 10%) degli intervistati aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura.

Consumi di frutta e verdura - Età evolutiva

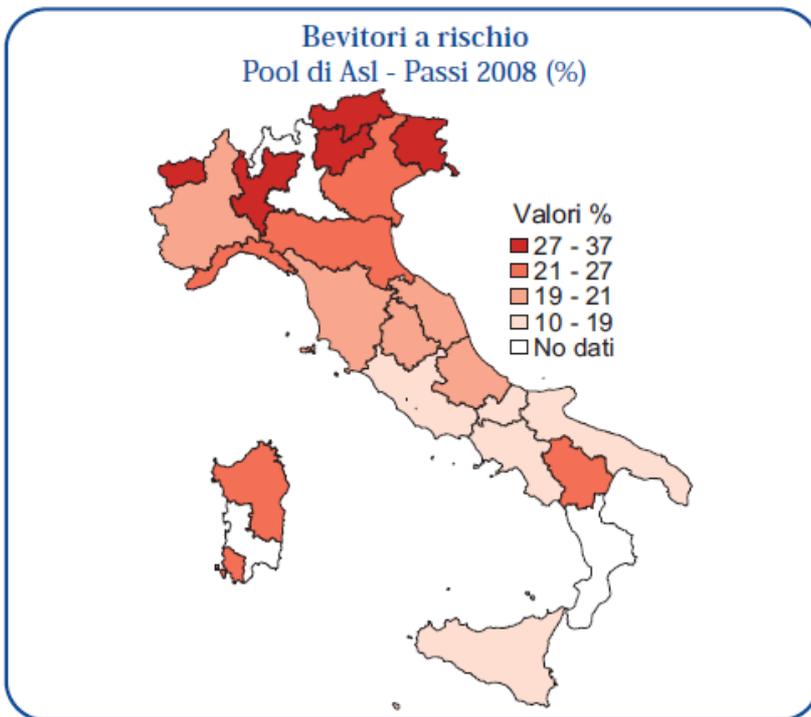
Come avviene nel resto del Paese, OKkio alla Salute ci informa sul fatto che solo 2 bambini campani su 100 assumono quotidianamente almeno 5 porzioni di frutta o verdura; non ci si poteva attendere una situazione migliore considerato lo stile alimentare degli adulti.

HBSC, invece, che ci fornisce informazioni sugli adolescenti, ci mostra come il consumo di frutta diminuisca con l'aumentare dell'età: tra i ragazzi di 11 e 15 anni si consuma quotidianamente frutta, rispettivamente, nel 44% e 30% dei casi. Lo stesso si verifica tra le ragazze, rispettivamente nel 49% e 38% dei casi. Un simile trend lo si osserva anche tra gli altri ragazzi italiani. Relativamente al consumo quotidiano di verdura, invece, tale abitudine è stabile tra gli 11 ed i 15 anni, attestandosi tra il 12% e 16% , ma è quasi la metà di quanto avviene tra gli adolescenti italiani.

Consumo di alcol - Adulti

L'alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani: è una sostanza potenzialmente cancerogena e di provata tossicità. L'OMS stima che ogni anno siano, direttamente o indirettamente, attribuibili al consumo di alcol: il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori ed il 63% delle cirrosi epatiche. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per sé stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti

sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza). A tale proposito, secondo l'OMS, il 41% degli omicidi, il 45% di tutti gli incidenti ed il 9% delle invalidità sarebbero attribuibili all'abuso di alcol. L'alcol è inoltre capace di indurre dipendenza ed è considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.



L'abuso di alcol in Campania, pur mostrando valori meno preoccupanti rispetto alla media nazionale, è un problema che non va sottovalutato: la percentuale di assistiti campani che riferisce di aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è il 47% (Italia 61%). Gli uomini bevono più spesso delle donne, rispettivamente nel 60% e 40% dei casi, e quasi un bevitore su 2 beve prevalentemente nei fine settimana.

Il 6% degli adulti assistiti dalle ASL Campane (Italia 16%) sono bevitori a rischio per uno o più dei seguenti comportamenti:

- aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto (3%).
- aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione (3%).
- Bere più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne (1%).

L'attenzione degli operatori sanitari verso il problema "alcol" è certamente migliorabile:

tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, il 2% ha ricevuto il consiglio di bere meno, ed in particolare:

- il 12% tra i bevitori "a rischio"
- il 18% tra i bevitori binge
- il 6% tra quelli che bevono fuori pasto
- il 31% tra i forti bevitori.

In Campania circa metà della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche ed il 6% ha abitudini di consumo considerate a rischio. Gli operatori sanitari raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti e consigliano di moderare l'uso solo ai forti bevitori, quando forse è già tardi. E' verosimile che i rischi associati all'alcol siano sottovalutati, in parte perché i consumi sono inferiori rispetto ad altre

aree dell'Italia, come il nord Italia, in parte perché l'alcol è una componente della nostra tradizione alimentare.

Consumo di alcol – Età evolutiva

Dati da HBSC ci restituiscono informazioni da non sottovalutare: all'età di 13 anni si è ubriacato ≥ 2 volte il 4% dei ragazzi (Italia 4%) ed il 2% delle ragazze (Italia 4%); a 15 anni, ciò si è già verificato nel 14% dei ragazzi (Italia 20%) e nel 7% delle ragazze (Italia 12%).

Coinvolgimento della popolazione in interventi di prevenzione secondaria: gli screening

Per quanto riguarda l'adesione ad alcune ben note strategie di prevenzione secondaria, ancora una volta i cittadini campani sembrano essere i meno coinvolti dell'intero Paese, anche tra gli strati sociali più evoluti. Nel 2005, in Campania la percentuale di residenti con più di 40 anni che si è sottoposta a una mammografia in assenza di sintomi è stata pari al 36%: la più bassa d'Italia (media nazionale 56%). Questo valore raggiunge il 48% nelle donne campane con diploma superiore, ma rimane ancora in assoluto il valore nazionale più basso (Italia: 65%).

Il 29% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL (Italia 62%), mentre il 58% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa (Italia 74%). Il 52% ha riferito, infine, di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il mammografia (Italia 59%).

Analogamente per il Pap-test: in assenza di sintomi, il 45% delle donne con più di 25 anni si sottopone all'esame, contro la media nazionale del 65%. Anche nelle donne con diploma superiore la percentuale del 50% è sensibilmente inferiore rispetto al dato italiano, che è del 71%.

Il 27% delle donne intervistate con 25 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL (Italia 54%). Il 67% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, valore quasi identico a quello nazionale, mentre il 52% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test, valore poco al di sotto di quello nazionale (58%).

In Campania l'11% delle persone tra 50 e 69 anni praticano la prevenzione del cancro del colon retto, secondo uno dei due modi raccomandati: il 6% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato (Italia 19%); il 5%, invece, riferisce di aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato (Italia 6%).

Relativamente, poi, al coinvolgimento della popolazione da parte delle AASSLL per la prevenzione secondaria del cancro del colon, il 24% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, il 15% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto mentre soltanto il 3% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL.

2.2 Lo Stato di salute

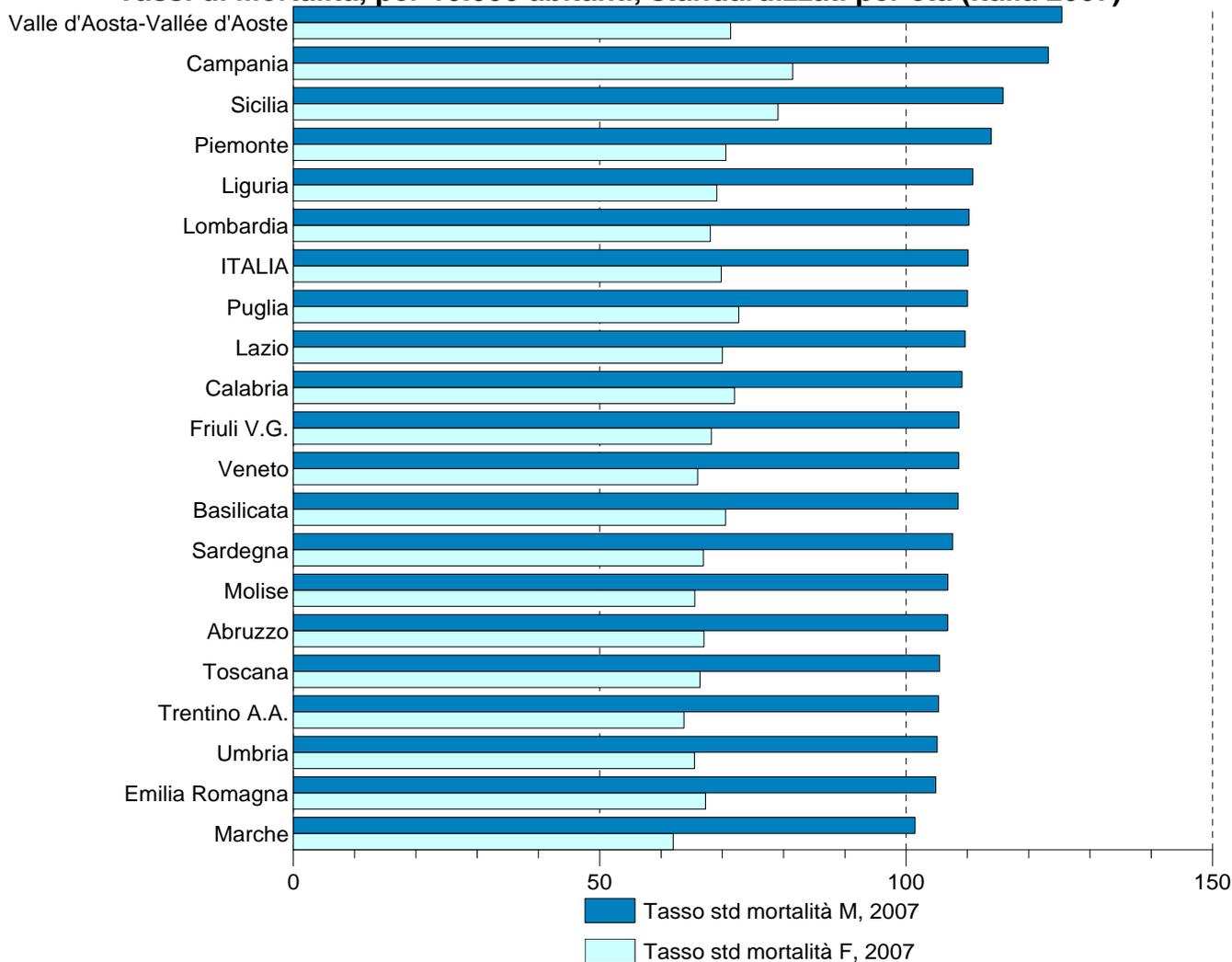
Utilizzando i dati della indagine ISTAT multiscopo del 2005 è possibile documentare, a parità di composizione per età della popolazione (tassi standardizzati), che nel sud, e quindi anche in Campania, si osservano elevate frequenze di disabilità, presenza di malati multicronici e di malattie croniche gravi.

REGIONI	Persone senza malattie croniche		Persone con almeno una malattia cronica grave*		Persone con tre o più malattie croniche		Persone con disabilità		
	Tassi grezzi	Tassi standardizzati	Tassi grezzi	Tassi standardizzati	Tassi grezzi	Tassi standardizzati	Persone di 6 anni e più	Persone di 65 anni e più	Tassi standardizzati
Piemonte	55,8	58,0	12,4	11,3	13,1	11,9	4,7	16,8	4,3
Valle d'Aosta	53,1	53,9	13,2	12,7	13,9	13,4	4,1	16,4	4,0
Lombardia	54,9	55,0	12,9	13,0	13,2	13,3	3,8	15,2	4,0
Trentino-Alto Adige	57,0	55,5	10,8	11,7	10,3	11,1	2,7	12,9	3,0
- Bolzano-Bozen	57,9	55,5	10,1	11,3	9,3	10,5	2,5	12,1	2,9
- Trento	56,2	55,5	11,5	12,0	11,4	11,8	2,9	13,6	3,0
Veneto	52,6	52,6	13,2	13,3	13,6	13,7	4,2	17,5	4,3
Friuli-Venezia Giulia	54,1	56,9	12,5	11,1	12,9	11,4	4,6	15,9	4,0
Liguria	47,7	52,8	14,9	11,9	16,7	13,5	5,7	18,7	4,3
Emilia-Romagna	50,7	53,0	14,0	12,5	15,9	14,3	4,4	15,9	3,8
Toscana	52,4	55,2	13,9	12,2	15,5	13,7	5,3	18,3	4,5
Umbria	46,7	49,4	17,2	15,1	19,2	17,0	6,0	20,6	5,0
Marche	52,3	54,2	14,9	13,4	16,5	15,0	5,2	19,3	4,5
Lazio	56,6	56,3	12,9	13,2	14,9	15,2	4,4	17,3	4,6
Abruzzo	57,8	58,5	13,8	13,1	14,8	14,2	5,4	20,1	4,9
Molise	57,3	58,3	14,2	13,4	13,9	13,1	5,8	22,4	5,2
Campania	65,1	61,0	12,0	14,5	10,5	12,7	4,7	19,7	5,6
Puglia	64,2	61,9	12,3	13,6	12,0	13,3	5,6	24,2	6,2
Basilicata	58,8	58,0	14,2	14,6	14,0	14,3	5,8	22,5	5,8
Calabria	58,3	56,2	14,6	15,7	16,0	17,3	5,5	22,9	6,0
Sicilia	61,0	58,8	13,0	14,1	13,2	14,4	6,1	26,1	6,6
Sardegna	52,9	52,0	13,5	14,4	17,0	18,0	4,6	19,9	5,2
ITALIA	56,5	56,5	13,1	13,1	13,8	13,8	4,8	18,7	4,8

* malattie croniche gravi: infarto del mio cardio, diabete, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), Parkinsonismo, Alzheimer e demenze senili

La mortalità

Durante il 2007, l'anno più recente per cui l'Istat ha reso disponibili i dati sulla mortalità, in Campania sono decedute 48.403 persone, 24.141 uomini e 24.262 donne: la popolazione regionale mostra la mortalità più elevata, sia tra gli uomini (quasi a pari merito con la Valle d'Aosta) che tra le donne, confermando un differenziale che rimane inalterato da oltre 30 anni. Questo differenziale, per entrambi i sessi, è pari a circa 11 decessi in più ogni 10.000 abitanti, rispetto al valore medio nazionale.

Tassi di Mortalità, per 10.000 abitanti, standardizzati per età (Italia 2007)

Come si evince dalla tabella seguente, oltre la metà dell'eccesso di mortalità registrato in Campania, tra gli uomini nel 2007, è dovuto soprattutto a cause cardiovascolari. In parte, anche, a diabete, malattie respiratorie e tumori, specie quelli del polmone e del fegato

Tra le donne, gli 11 decessi in più, ogni 10.000 abitanti, rispetto all'Italia, sono dovuti soprattutto alle malattie cardiocircolatorie, e in misura minore al diabete, a malattie del digerente, come la cirrosi epatica, ed alle malattie respiratorie.

**Tassi di mortalità, standardizzati per età (per 10.000 abitanti)
Campania – Italia - Anno 2007**

Cause di morte	Uomini		Donne	
	Campania	Italia	Campania	Italia
Tumori	38,9	37,8	19,5	20,1
Diabete mellito	5,0	3,3	5,2	2,8
Malattie del sistema nervoso	3,3	3,6	2,7	2,9
Malattie del sistema circolatorio	48,1	41,1	38,1	28,9
Malattie del sistema respiratorio	10,2	9,2	3,9	3,7
Malattie dell'apparato digerente	5,0	4,6	3,8	2,9
Cause accidentali e violente	4,1	5,6	2,4	2,4
Altre cause	10,2	8,7	6,3	6,7
Totale	124,8	113,9	81,8	70,4

La Mortalità infantile

E' un indicatore che esprime in modo generico e sintetico il grado di sviluppo sociale, ambientale e sanitario di una popolazione. L'indicatore esprime il numero di morti nel primo anno di vita, in rapporto al numero di nati. La mortalità infantile della Regione, pur rimanendo tradizionalmente ancora una delle più elevate d'Italia (4,7‰ nel 2002, Italia 4,4‰), negli ultimi anni ha mostrato una delle più alte percentuali di riduzione rispetto alle altre Regioni italiane: 57% dal 1991 al 2002, a fronte di una riduzione media nazionale del 44%. Ai tre quarti di questa mortalità contribuisce la cosiddetta "incomprimibile" mortalità neonatale, in particolare quella precoce.

2.3 Le attività di prevenzione

Il ruolo strategico del Dipartimento di Prevenzione

I problemi di salute oggi prevalenti nella popolazione, tenuto anche conto del peso rilevante assunto dal problema delle loro disuguaglianze in ambito inter ed intra-regionale, richiedono spesso interventi di prevenzione radicalmente diversi e più estesi rispetto al tradizionale ambito di attività dei servizi di prevenzione. I principali problemi di salute richiedono lo sviluppo di vere e proprie politiche di prevenzione nel cui impianto i servizi di prevenzione devono certamente avere un ruolo fondamentale (di promozione, di sostegno, di valutazione), ma che richiedono l'azione integrata di molti soggetti (istituzionali e non).

La sanità pubblica deve essere intesa come l'insieme degli "sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile" attraverso le azioni poste in essere dal Servizio Sanitario Regionale.

La sanità pubblica:

- è orientata alla popolazione e parte dai bisogni di questa;
- sostiene un modello di salute globale che richiede un atteggiamento intersettoriale e multidisciplinare;
- richiede una pluralità di metodi e conoscenze appropriate;
- promuove l'empowerment della popolazione e la promozione della salute;
- si estende al di là dei confini tradizionali del settore sanitario e/o pubblico, per comprendere gli sforzi organizzati di tutta la società;

Praticare la sanità pubblica significa pertanto coordinare azioni ed interventi che hanno un impatto sulla salute della popolazione, pure al di là dell'ambito delle prestazioni sanitarie in senso stretto, ma anche, ovviamente, attraverso il fornire tutti i servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla riabilitazione fisica, sociale e lavorativa.

Le evoluzioni del contesto pongono tre questioni di fondo:

- la necessità di sviluppare competenze e capacità professionali su questioni e temi, anche nuovi, di alta complessità;
- il bisogno di dare forte unitarietà tecnica ed organizzativa, all'interno dei DP, nei processi e nelle risposte;
- la necessità di integrare le proprie attività con le azioni preventive svolte dalle altre articolazioni organizzative dell'Azienda.

Da ciò nasce il nuovo ruolo del Dipartimento di Prevenzione che deve:

- assicurare il proprio contributo al complesso sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione;
- ricercare in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti;

La scelta delle priorità

La strategia per la promozione della salute, la riduzione o rimozione dei fattori di rischio, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, è classificabile ed articolabile in tre principali settori:

- i programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva;
- la promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani (soprattutto attraverso i luoghi di vita e di lavoro);
- le attività di informazione e comunicazione del rischio.

Un tale complesso di interventi non può dedicare simultaneamente la medesima attenzione a tutti i problemi di salute attualmente presenti nella popolazione campana ma va orientato secondo azioni prioritarie, identificate e organizzate in programmi regionali di promozione e prevenzione, modulabili in base a documentate esigenze specifiche locali, e costruiti nel rispetto dei seguenti principi metodologici generali:

- il rischio deve essere analizzato sulla base degli elementi scientifici disponibili, con riferimento, in caso di incertezza, all'applicazione del principio di precauzione;
- il problema di salute individuato e messo a fuoco deve essere rilevante per gravità e/o diffusione;
- deve esistere un modo per riconoscere il rischio/il beneficio e per modificare significativamente la storia naturale del problema;
- i vantaggi a lungo termine devono superare gli svantaggi;
- devono essere disponibili prove scientifiche che dimostrino l'efficacia e la sicurezza dell'intervento preventivo proposto.

Con il presente Piano si intende adottare un modello esplicito di scelta delle priorità basato sulle dimensioni di frequenza, gravità e prevenibilità dei problemi, integrato da una valutazione dell'impatto previsto e dalla fattibilità e sostenibilità organizzativa dell'intervento. Lo scopo principale è quello di proporre sistemi di valutazione comuni e confrontabili per definire la priorità relativa dei vari interventi di prevenzione possibili e, soprattutto, di mettere il concetto di "salute" e i relativi bisogni al centro del modello di riferimento.

Questo consentirà di avere un quadro preciso degli interventi veramente necessari e di indirizzare verso queste priorità anche le attività di prevenzione più tradizionali. Devono essere altresì sviluppati progetti speciali in grado di sostenere e promuovere interventi integrati di prevenzione in campo di sicurezza alimentare, di sicurezza in ambiente di lavoro e di vita e nell'ambito della medicina veterinaria.

La EBPH e le azioni di efficacia dimostrata

Analogamente a quanto accade nella pratica clinica, anche gli operatori di Sanità Pubblica, nello svolgimento delle attività quotidiane, dovrebbero sempre fare riferimento alle evidenze scientifiche esistenti nel momento in cui prendono decisioni o sviluppano programmi, se non altro per orientare su basi scientifiche l'assegnazione di risorse. Anche in Sanità Pubblica, sempre più spesso ci si serve dell'applicazione del ragionamento scientifico, incluso l'uso sistematico di dati, dei sistemi di informazione e l'uso appropriato di modelli di pianificazione.

La Evidence Based Public Health (EBPH) è quel processo finalizzato al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, che si fonda sull'integrazione tra l'adozione di interventi basati su prove di efficacia e le preferenze espresse dalla comunità. Culturalmente e metodologicamente gli approcci della Evidence Based Public Health e della Evidence Based Medicine sono simili, ma sussistono importanti differenze, soprattutto riguardo al volume e la qualità della *evidence* disponibile.

Informazione e comunicazione

Già nel Piano Sanitario 2006-2008 si sottolineava l'importanza di strutturare modelli comunicativi con l'obiettivo di garantire equità sul versante della domanda, in relazione alle condizioni di accesso dei cittadini ai servizi assistenziali. "Migliorare la comunicazione con i cittadini; accrescere la partecipazione delle associazioni, del volontariato e delle altre parti interessate all'elaborazione delle politiche in tema di salute; la messa a punto di un approccio per integrare le questioni in tema di salute nelle altre politiche, per migliorare l'individuazione precoce, la valutazione e la comunicazione dei rischi sanitari; e promuovere la sicurezza dei prodotti e dei servizi destinati ai cittadini", rappresentano, infatti, i principali strumenti e le azioni da attuare per il raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano per l'armonizzazione del SSN nel contesto europeo.

Compito del Dipartimento di Prevenzione è promuovere stili di vita sani affinché il cittadino sia sempre più protagonista e capace di intervenire in modo informato sulla salute propria e collettiva, nel segno dei principi generali promossi dall'OMS in particolare con la Carta di Ottawa del 1986 e con i pronunciamenti successivi fino alla Carta di Bangkok del 2005.

L'ottica quindi è di promuovere il passaggio da una prevenzione basata sui rischi ad una promozione attiva dei cosiddetti "Determinanti di Salute". Gli interventi che richiedono l'assunzione di Stili di Vita Sani non sono prerogativa assoluta dei soli servizi sanitari ma dell'intera comunità e devono essere del tutto sinergici con gli interventi più propriamente preventivi affidati alle diverse articolazioni del Dipartimento di Prevenzione e ad altre strutture aziendali.

E' necessario aprire un nuovo canale di comunicazione tra il Dipartimento di Prevenzione ed i suoi utenti, ma anche con le altre articolazioni aziendali, finalizzato ad attivare una informazione tempestiva ed aggiornata sulle tematiche attinenti la prevenzione collettiva rivolta a tutti i soggetti istituzionali, sociali ed individuali destinatari degli interventi.

In particolare l'obiettivo è quello di informare sulle novità che interessano il settore che in alcuni ambiti (alimenti, sanità pubblica veterinaria, prevenzione nei luoghi di lavoro soprattutto), sono frequentissime e spesso di difficile interpretazione. Lo scopo non è quindi solo quello di consentire un aggiornamento sulle norme, ma anche quello di fornire informazioni dettagliate sulla interpretazione delle norme stesse da parte dell'organo di vigilanza; in tal modo i soggetti sottoposti a controllo saranno posti nelle condizioni di poter adottare in tempo tutte le misure necessarie ad espletare il proprio lavoro in condizioni di sicuro rispetto della legge.

La comunicazione dovrà, inoltre, fornire aggiornamenti tecnici finalizzati a permettere, anche al di là del rispetto delle norme di legge, l'adozione delle migliori condizioni di sicurezza ed igiene esistenti.

Sarà inoltre possibile informare le categorie interessate e la popolazione tutta sui risultati dell'attività svolta dai diversi servizi della prevenzione (tipologia e quantità di accertamenti effettuati e risultati degli stessi) e sulle priorità per il Dipartimento di Prevenzione nel breve e medio termine.

Tra gli impegni del prossimo futuro, che investiranno la sanità pubblica e il servizio sanitario regionale, vi è senza dubbio l'attuazione e lo sviluppo di processi innovativi sul versante della tutela della salute che favoriscano la crescita di un ruolo attivo della popolazione su questo tema.

Vi è dunque un diffuso interesse affinché le attività sanitarie, attraverso una sempre maggiore e più efficace comunicazione su comportamenti e stili di vita, mettano la collettività in grado di operare scelte che migliorino il proprio stato di salute e benessere.

E' necessario avviare processi formativi allo scopo di coinvolgere i partecipanti in attività pratiche finalizzate ad arricchire il loro bagaglio professionale, e a migliorare la loro capacità di rapportarsi e comunicare con i pazienti, ed i cittadini, sui temi della salute. L'obiettivo è quello di fare in modo che sempre più e sempre meglio l'operatore sanitario sappia stimolare, nelle persone, la motivazione e la capacità di fare scelte di salute, specialmente dove sono in causa comportamenti (alimentazione, attività

fisica, consumo di alcol e tabacco, malattie a trasmissione sessuale, abuso di farmaci, ecc.) che possono difenderla, prevenire le malattie e migliorare la qualità della vita.

La formazione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura preposta alle attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute pubblica dai rischi di origine ambientale, lavorativa, alimentare e di tutela della salute e del benessere degli animali.

In tali ambiti effettua funzioni di analisi e descrizione epidemiologica dei fattori di rischio e di danno per la salute, di controllo e vigilanza, di informazione e comunicazione al fine di favorire la diffusione della cultura della prevenzione e l'adozione di comportamenti orientati alla tutela della salute.

Il potenziamento delle attività di prevenzione richiede anche iniziative volte a modificare e innovare il clima organizzativo e lo stile di lavoro nei servizi di prevenzione. Sono infatti ancora presenti, sia nell'organizzazione sia nella gestione, logiche burocratiche dell'adempimento agli obblighi di legge che hanno prodotto rigidità strutturali e procedurali che resistono, nonostante i processi di accorpamento tra aziende sanitarie e nonostante la riorganizzazione dipartimentale. Bisogna favorire l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" in modo che essa diventi pratica corrente e si realizzino condizioni di integrazione reale e permanente. In particolare va promossa, ai diversi livelli, la responsabilizzazione degli operatori nel perseguimento di obiettivi di salute e nella ricerca di adesioni consapevoli a tali obiettivi da parte dei soggetti destinatari degli interventi. Le attività di formazione e le azioni di riordino organizzativo vanno orientate, in particolare, allo sviluppo delle funzioni strategiche già richiamate quali la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto degli interventi, la qualità dei servizi, la comunicazione del rischio.

In questo contesto, è di particolare importanza l'attività di formazione del personale del Dipartimento. Attraverso un percorso formativo adeguato, infatti, si trasferiscono le informazioni generali e le capacità pratiche necessarie per il cambiamento culturale ed operativo.

Obiettivi della formazione sono:

- Promuovere l'attività Evidence Based Public Health (EBPH) nella pratica dei Dipartimenti di Prevenzione.
- Creare una rete di formatori aziendali esperti di EBPH
- Monitorare la diffusione nelle Aziende dell'applicazione della metodologia EBPH
- Valutare l'impatto di alcune aree di attività ispirate all'EBPH

2.4 I Programmi

"Guadagnare Salute" e l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione

Sebbene le malattie non trasmissibili costituiscano il nucleo dell'impegno del sistema sanitario, i rischi si generano sotto influenze ambientali e sociali che possono essere contrastate dai governi, nazionali, regionali e dalle amministrazioni locali, attraverso politiche e programmi che possono influire sul modo in cui i cittadini si muovono e si alimentano, e sulla tendenza a consumare tabacco e alcol.

È proprio su questa base che sono state elaborate strategie per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche non trasmissibili: in Italia, un simile impianto strategico è alla base del programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari".

L'intesa Stato/Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 ha previsto il Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007 (prorogato fino al 2009), il quale ha individuato e quindi realizzato attraverso i Piani Regionali di Prevenzione a livello di ciascuna Regione, una serie di progetti di prevenzione primaria e secondaria relativi ad alcuni dei principali problemi di salute. Il 29 aprile 2010 è stata quindi stipulata un'intesa Stato-Regioni, con cui è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2010-2012, che le Regioni devono attuare con l'approvazione di propri Piani Regionali di Prevenzione.

Con il documento Piano Regionale della Prevenzione della Campania, in corso di adozione, sono previste una serie di progettualità con particolare riferimento agli aspetti connessi agli “stili di vita”, con l’obiettivo strategico di sostenere l’impegno della società per l’adozione di stili di vita sani, attraverso l’analisi e la sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali, l’individuazione delle strategie e dei modelli operativi più efficaci, la promozione delle azioni conseguenti e la verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute. La Regione Campania intende quindi sostenere nel prossimo triennio tutte le azioni previste dal suddetto Piano, con particolare impegno per quegli ambiti considerati prioritari, vale a dire le aree della prevenzione attraverso la modifica degli stili di vita e l’alimentazione (obesità infantile), l’implementazione di programmi vaccinali e di programmi di screening di dimostrata efficacia, il disease management in ambito di gestione della malattia cardiovascolare e diabetica. In questo ambito grande importanza viene attribuita al ruolo che i MMG/PLS e la scuola possono svolgere.

Le malattie infettive

Nonostante i notevoli progressi conseguiti nell’ambito della prevenzione, le malattie infettive continuano a rappresentare una priorità in ambito di Sanità Pubblica. L’obiettivo della prevenzione nell’ambito del Piano Sanitario Regionale è di ridurre l’incidenza e la prevalenza delle malattie infettive attraverso una azione di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo. Le malattie infettive sono state recentemente causa di ripetuti allarmi a livello internazionale e fonte di forte preoccupazione nella popolazione, ultima in ordine temporale la pandemia influenzale del 2009. I fattori che hanno portato alla comparsa di malattie come la SARS sono comuni anche ad altri agenti infettivi e molte delle malattie infettive scoperte recentemente sono di origine animale (le cosiddette “zoonosi”): tra queste vi sono il virus di West Nile, l’agente della Encefalopatia bovina spongiforme (la “mucca pazza”), il virus H5N1 responsabile della recente influenza aviaria (“influenza dei polli”). Parallelamente, è in costante aumento la frequenza di infezioni antibioticoresistenti ed è elevato il rischio di contrarre una infezione nel corso dell’assistenza sanitaria: il 5-10% dei pazienti ricoverati in ospedale o residenti in strutture per anziani e l’1% dei pazienti assistiti a domicilio sviluppa una infezione nel corso dell’assistenza. Le infezioni sono causa terminale di morte per moltissimi anziani. L’incidenza di tubercolosi non ha mostrato flessioni nell’ultimo decennio, nonostante gli interventi attuati; indagini recenti hanno evidenziato la necessità di migliorare la tempestività diagnostica ed il follow-up dei pazienti.

Il controllo delle malattie infettive richiede dunque:

- Il consolidamento e lo sviluppo di sistemi di sorveglianza più sensibili e tempestivi, integrati con i sistemi di sorveglianza delle zoonosi emergenti e riemergenti, e coordinati con i sistemi europei/internazionali, con particolare attenzione alla “Medicina del viaggiatore”;
- Il miglioramento dei piani di intervento per le malattie infettive rilevanti, in particolare all’interno della collettività (TB, legionellosi, meningiti, ecc.) e delle malattie di importazione nei viaggiatori e nei migranti, e lo sviluppo di piani di risposta in caso di pandemia influenzale, altre emergenze epidemiche o bioterrorismo;
- il consolidamento ed il miglioramento dei programmi per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni associate all’assistenza sanitaria e delle infezioni antibioticoresistenti,;
- interventi attivi per assicurare il mantenimento degli elevati livelli di copertura vaccinale raggiunti in questa regione per le vaccinazioni ormai consolidate, il miglioramento della capacità di raggiungere attivamente le persone a rischio e l’attivazione di nuovi programmi vaccinali secondo le indicazioni regionali.

L’azione di sorveglianza va implementata mediante:

- lo sviluppo dell’informatizzazione, volto alla migliore gestione dei flussi informativi e dalla struttura a rete nelle attività di controllo
- l’avvio di indagini epidemiologiche in caso di focolai epidemici
- la sorveglianza sulla diffusione nell’ambiente di vita di vettori di microorganismi patogeni
- la conduzione di periodiche analisi dei dati raccolti per la valutazione dei fattori di rischio
- la comunicazione e pubblicazione dei dati sull’andamento delle malattie trasmissibili

L'azione di prevenzione attraverso le vaccinazioni va condotta mediante:

- la gestione e la informatizzazione dell'anagrafe vaccinale
- l'invio di inviti alla vaccinazione
- il controllo delle coperture vaccinali e delle eventuali reazioni avverse al vaccino
- la valutazione della qualità e dell'impatto sulla salute dei programmi vaccinali
- la produzione di reports periodici

L'azione di prevenzione e controllo di malattie non prevenibili con vaccino richiede:

- la predisposizione delle misure da adottare per il controllo delle malattie infettive e degli eventuali focolai epidemici
- lo sviluppo ed integrazione di programmi rivolti alla sicurezza alimentare
- lo sviluppo ed integrazione di programmi rivolti a misure igieniche e sanitarie
- lo sviluppo di attività informative sui comportamenti volti a minimizzare il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse
- l'azione di prevenzione contro le infezioni correlate all'assistenza sanitaria
- il controllo della tubercolosi, in particolare per soggetti provenienti da aree a rischio per tale patologia
- le campagne contro l'uso spontaneistico di antibiotici con il rischio di induzione di antibiotico-resistenza
- lo sviluppo e integrazione delle attività contro le malattie trasmesse da vettori.

Emergenze in sanità pubblica

Le recenti esperienze legate al bioterrorismo, ma anche il tema dei danni alla salute provocati da fenomeni meteorologici estremi, o ancora il caso di epidemie o di cluster epidemici di infezioni, e le preoccupazioni sempre vive di nuove pandemie influenzali, hanno evidenziato la necessità di mettere in atto sistemi di sorveglianza e piani di risposta che, nei modelli organizzativi e nelle logiche generali, siano in grado di affrontare le diverse tipologie di eventi.

Esiste quindi la necessità di organizzare una "rete" regionale per le emergenze di sanità pubblica, con un riferimento centrale e specifici punti di riferimento nelle Aziende Sanitarie, per rispondere in modo coordinato, efficace e tempestivo.

Il nodo regionale di questa rete costituisce inoltre il punto di collegamento con il livello nazionale, che, sugli stessi temi, ha individuato nel CCM, "Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie", previsto dal D.L. 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 maggio 2004, n. 138, la propria struttura di riferimento, prevedendo che lo stesso operi in coordinamento con le Regioni.

Per quanto riguarda le urgenze/emergenze Igienico-Sanitarie e le problematiche collegate al terrorismo, l'obiettivo da perseguire nel prossimo triennio, è quello di migliorare la cultura della previsione e della prevenzione nel campo delle urgenze/emergenze Igienico Sanitarie e delle problematiche collegate al terrorismo, attraverso:

- l'adozione di atti di indirizzo per le ASL, al fine di sviluppare le capacità operative dei Servizi, per garantire un tempestivo ed efficace intervento per le urgenze ed emergenze Igienico-Sanitarie in caso di attacco terroristico
- lo sviluppo di forme di collaborazione e di interazione funzionale da porre in atto fra le diverse strutture sanitarie e della pubblica amministrazione coinvolte nell'attività di prevenzione, previsione e gestione dei rischi da eventi terroristici.
- il monitoraggio dell'applicazione e dei provvedimenti regionali e aggiornamento delle linee guida regionali sulla previsione e gestione dei rischi conseguenti a urgenti emergenze in Sanità Pubblica.

Gli screening oncologici

I tumori costituiscono ancora oggi, nonostante i grandi progressi in campo terapeutico e diagnostico, la seconda causa di morte nel nostro Paese ed in tutti i Paesi Occidentali; pertanto anche in Campania, come nelle altre regioni italiane, per il prossimo triennio, s'impone l'implementazione di tutte le attività

finalizzate a contrastare le malattie neoplastiche. Tra queste meritano sicuramente un'attenzione particolare i programmi di screening per i quali esiste evidenza di efficacia. Gli screening rappresentano gli assi portanti del sistema della prevenzione oncologica, intorno a cui si devono esercitare tutti gli sforzi possibili se si vuole sviluppare il controllo delle neoplasie; essi consentono il riscontro delle patologie oncologiche prima delle loro manifestazioni cliniche, in una fase in cui è possibile intervenire aumentando significativamente la sopravvivenza del paziente.

Complessivamente in Campania i dati disponibili dimostrano una mortalità standardizzata per tumore più bassa della media nazionale; le curve della mortalità che nel resto dell'Italia presentano una iniziale flessione, mostrano nella nostra regione un costante aumento.

Entrando nel dettaglio si rileva un altro dato molto importante e cioè lo svantaggio nella sopravvivenza a carico delle regioni meridionali, sostanziale in alcuni gruppi di neoplasie, tra cui quei tumori la cui storia naturale è fortemente modificabile dalla diagnosi precoce, in particolare dalla corretta estensione ed adesione relative ai programmi di screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon per i quali è documentata l'efficacia.

In seguito all'emanazione del DPCM 29 novembre 2001 gli screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon sono stati definiti tra i livelli essenziali di assistenza. A fine 2003 anche il Consiglio dell'Unione Europea ha approvato una raccomandazione a tutti gli stati membri affinché si promuovessero gli screening. Un ulteriore passo è stato compiuto verso l'offerta su tutto il nostro Paese a seguito della legge 138/2004, ma soprattutto dopo l'emanazione dell'Intesa Stato-Regioni 2005 sul piano Nazionale della prevenzione, nel quale è stato richiesto a tutte le regioni di predisporre piani regionali che contenessero precise indicazioni sui programmi di screening.

La sicurezza sui luoghi di lavoro

In considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro nella nostra regione e delle prospettive di sviluppo di alcuni ambiti lavorativi che investiranno il territorio regionale nei prossimi anni, sarà necessario sviluppare programmi mirati:

- alla riduzione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, individuando le aree a maggior rischio e pianificando interventi volti alla riduzione di specifiche criticità anche attraverso l'individuazione di indicatori di processo, di impatto e di esito che permettano di monitorare il raggiungimento degli obiettivi dei programmi;
- all'inserimento nell'attività di prevenzione degli aspetti relativi al genere, all'età, alla presenza di lavoratori immigrati, alle modalità di organizzazione del lavoro, nonché ad eventuali condizioni di marginalità;
- al miglioramento dell'omogeneità degli interventi di prevenzione e di vigilanza, anche tramite la definizione di standard di attività, per quanto riguarda sia la copertura quantitativa nel territorio, sia la metodologia degli interventi tramite il miglioramento della capacità operativa dei Servizi delle Asl.

Allo scopo devono essere consolidate:

- le attività di assistenza, vigilanza e controllo, dirette ai settori a maggior rischio infortunistico, quali l'edilizia e l'agricoltura, assicurando un'uniformità di orientamenti dell'attività ispettiva, su tutto il territorio regionale, anche attraverso l'omogeneizzazione delle procedure e la standardizzazione della modulistica;
- la comunicazione e la diffusione delle conoscenze in merito ai fenomeni legati alla salute dei lavoratori, nonché la valutazione e la diffusione dei risultati ottenuti.

A questo proposito andranno progettate e sviluppate modalità di controllo che facciano largo uso delle forme di responsabilizzazione che il vigente quadro normativo assegna ai titolari delle strutture produttive.

Andranno altresì consolidate le esperienze avviate con successo dalla Regione Campania mirate garantire al personale delle AA.SS.LL. una pertinente e corretta formazione attraverso una stabile

collaborazione con la Procura Generale della Repubblica, e rafforzate le attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi specifici, condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro.

Sicurezza alimentare e nutrizione

Fin dalla sua costituzione l'Unione Europea ha attribuito molta importanza all'attività legislativa diretta a normare la sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti, con l'obiettivo primario di tutelare la salute dei consumatori, garantendo la produzione e commercializzazione di alimenti "sicuri" ossia privi di contaminanti di natura fisica, chimica o biologica nocivi per l'uomo.

Con l'entrata in vigore dei recenti regolamenti europei in materia di sicurezza degli alimenti, il cosiddetto "Pacchetto igiene", l'UE ha voluto completare il processo di rivisitazione della legislazione europea iniziato con la promulgazione del Reg. Ce n. 178/2002.

Questo insieme di norme comunitarie rappresenta una "rivoluzione culturale" nell'ambito dei controlli ufficiali relativi agli alimenti, ai mangimi ed alla salute e benessere degli animali, sia in relazione alla radicale modifica del panorama legislativo, precedentemente costituito da un elevato numero di norme "verticali", sia per l'ampio spazio riservato ad alcuni concetti basilari, quale la pianificazione dei controlli sulla base della valutazione del rischio per razionalizzare e ottimizzare l'utilizzazione delle risorse disponibili.

La valutazione del rischio, sia chimico sia microbiologico, stima la probabilità e la gravità di un danno, in una popolazione di consumatori, legato alla presenza di un determinato pericolo in un alimento. La valutazione del rischio rappresenta lo strumento di riferimento per l'individuazione delle priorità sanitarie di un paese; ad esso devono essere legate le scelte di alcuni parametri fondamentali per le decisioni da prendere per rendere efficiente ed efficace il controllo degli alimenti. Sulla base della valutazione del rischio, infatti, alcuni Paesi europei, stanno definendo i livelli di accettabilità di determinate malattie alimentari e, di conseguenza, i livelli accettabili di contaminazione per specifici pericoli in determinate derrate alimentari.

Attraverso tale valutazione è possibile individuare i punti del processo di produzione, o più estesamente, di una determinata filiera produttiva, sui quali intervenire per massimizzare l'efficienza di un intervento di controllo. In ogni caso, per elaborare il c.d. Risk Assessment è necessario costruire sistemi informativi efficaci, per la raccolta e l'aggiornamento continuo delle informazioni e pianificare adeguatamente i campionamenti ed i controlli attraverso attività di monitoraggio e sorveglianza adeguate.

Con tale complesso di norme sono state stabilite le condizioni sanitarie per tutte le fasi della filiera alimentare e per l'esecuzione dei controlli ufficiali a cura dell'Autorità Competente (AC), che in Italia si identifica con il *Servizio Sanitario Nazionale* nelle sue tre articolazioni (D.L.vo 193/2007, art. 2): centrale (Ministero della salute), regionale (Assessorati alla sanità) e territoriale (Servizi Veterinari e SIAN delle AA.SS.LL.).

Per adottare un'impostazione globale e integrata "*dal campo alla tavola*", c.d. di filiera, il legislatore comunitario ha tenuto conto di tutti gli aspetti della catena di produzione alimentare: dalla produzione primaria, alla trasformazione, al trasporto, alla distribuzione ed alla somministrazione dei prodotti alimentari. In tutte le fasi di questa catena, la norma affida la *responsabilità giuridica del controllo* della sicurezza dei prodotti all'operatore del settore alimentare (OSA). Tale indicazione rappresenta uno dei fattori innovativi di maggiore rilievo rispetto alle precedenti norme di settore sia nazionali che comunitarie, le quali prevedevano esclusivamente il controllo dell'organismo ufficiale di vigilanza, senza individuare alcun ruolo dell'OSA in materia di sicurezza dei propri prodotti.

Tra gli oneri dell'operatore (OSA) la norma vigente ha previsto, oltre alle attività di "autocontrollo" secondo i principi dell'HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Points*), anche l'obbligo della rintracciabilità dei prodotti alimentari in tutte le fasi di produzione, trasformazione e distribuzione.

Pertanto, gli operatori sono tenuti a realizzare sistemi ed attuare procedure per garantire la tracciabilità dei propri prodotti necessaria per risalire all'intera rete di distribuzione ed alle materie prime utilizzate (allerte alimentari).

Ulteriore elemento d'innovazione introdotto dalla norma comunitaria è l'istituzione del “*sistema di allarme rapido*”, che prevede una rete di comunicazione europea attiva in tempo reale, ubicata in tutti gli stati membri ed ai vari livelli dell'autorità competente (in Italia Ministero, Regioni, AASSLL), in grado di trasmettere le notizie sugli alimenti “a rischio” e sugli interventi posti in essere dall'OSA al fine di sottrarli al consumo (*ritiro e/o richiamo*); interventi sui quali vigila ed eventualmente interviene l'AC dello stato membro (SSN). In pratica, qualora un operatore ritenga che un prodotto alimentare che egli ha importato, prodotto, trasformato, fabbricato o distribuito sia nocivo alla salute umana o animale, avvia immediatamente le procedure necessarie per ritirarlo dal mercato (*RITIRO*) notificandolo alle autorità competenti. Nel caso in cui il prodotto non conforme sia già stato acquistato dal consumatore finale, l'operatore deve informare quest'ultimo (*RICHIAMO*). Tali procedure, che attengono prevalentemente agli adempimenti degli OSA, vengono attivate anche nei casi di alimenti a rischio evidenziati a seguito dei controlli ufficiali.

Il controllo ufficiale, così come previsto dal Regolamento 882/2004, del citato “*pacchetto igiene*”, si basa su audit, ispezioni, verifiche e monitoraggio. Le verifiche e le ispezioni sono attività svolte principalmente dalle ASL sugli OSA, mentre le Regioni eseguono audit sulle ASL per verificarne la conformità a operare ai sensi del predetto regolamento comunitario. Le Regioni, inoltre, eseguono verifiche direttamente presso gli OSA, anche nel corso degli audit sulle ASL, per raccogliere evidenza dell'attuazione delle disposizioni della programmazione regionale.

Le attività di controllo ufficiale per garantire un adeguato livello di sicurezza degli alimenti sono da inquadrare nell'ambito della prevenzione collettiva e mirano a prevenire le malattie alimentari di natura infettiva, infestiva e tossicologica.

Il controllo ufficiale sulla filiera produttiva alimentare, in tutte le fasi di cui essa è composta, deve assicurare che gli interventi dell'operatore siano adeguati e idonei ad impedire che attraverso gli alimenti esitati al consumo possano essere veicolati agenti patogeni e tossine di diversa natura e provenienza, spesso anche in conseguenza di fenomeni di inquinamento ambientale.

Proprio in considerazione dell'importanza che assume tale attività di prevenzione del SSN il legislatore nazionale ha incluso la tutela igienico sanitaria degli alimenti tra i Livelli Essenziali di Assistenza, ed in particolare nell'ambito dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Si tratta di azioni che mirano alla prevenzione, la cui ricaduta comporta notevoli vantaggi sia in termini di salute che di economia.

Tale efficacia appare particolarmente evidente se riferita alle forme di tossinfezione alimentare che trovano nella ristorazione collettiva la massima espressione del rischio in ragione della tipologia di alimenti in essa somministrati, delle modalità di conservazione delle materie prime e degli alimenti stessi prima della somministrazione e, certamente non l'ultimo tra i fattori di rischio, per l'elevato numero di soggetti alimentati con le medesime derrate. Nel Sistema Sanitario Nazionale, le funzioni di programmazione sanitaria, incluse quelle relative alla prevenzione e alla sicurezza alimentare sono condivise tra Stato e Regioni e con l'Intesa n. 133/CSR del 14 giugno 2007, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni ha delineato i principi per la realizzazione del Piano Nazionale Integrato (MANCP).

La sicurezza igienica dei prodotti alimentari costituisce una questione strategica di rilevante importanza per la tutela della salute e per le implicazioni sociali, economiche e politiche ad essa connesse e viene operativamente assicurata dai Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL, nell'ambito dei quali la competenza sui controlli è affidata ai Servizi Veterinari ed ai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) rispettivamente degli alimenti di origine animale e dei vegetali.

Va, tuttavia, rilevato che in Campania tali Servizi Dipartimentali, come d'altronde l'intero SSR, attraversano un momento di estrema sofferenza in termini di risorse, in conseguenza del Piano di Rientro che, tra l'altro, ha determinato un sostanziale blocco del turn over del personale.

Le aree strategiche dell'attività di prevenzione primaria del SSN correlate alla sicurezza alimentare, all'igiene alimenti e della nutrizione sono:

- La sicurezza e la qualità degli alimenti, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio, della loro origine e dinamica, nonché la valutazione dei possibili riflessi sulla salute umana, con particolare riguardo alle fasce vulnerabili;
- la prevenzione e controllo delle malattie, prevalentemente cronico-degenerative, associate ai nutrienti, quali le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete, le allergie e intolleranze alimentari e le patologie condizionate dall'eccesso calorico (obesità) o da deficit enzimatici ed immunologici; individuazione di stili di vita più idonei alla promozione della salute.

Il Piano Integrato di Controllo Nazionale Pluriennale

Il Regolamento Comunitario 882/2004, all'art. 41 dispone che ogni Stato membro debba elaborare un unico Piano Integrato di Controllo Nazionale Pluriennale, relativo all'attuazione dei controlli ufficiali di sicurezza alimentare, intesi a verificare la conformità ai Regolamenti Comunitari di riferimento in materia di igiene e sanità degli alimenti, di alimentazione animale, di benessere e sanità animale, di Sanità delle Piante.

Pertanto, il Ministero della Salute ha richiesto alle Regioni l'invio dei Piani Regionali Integrati, facendo altresì presente che i criteri per la redazione dei suddetti piani, oltre a quelli enunciati dagli articoli 42 e 43 del Regolamento Comunitario n. 882/2004, sono stati meglio definiti con la Decisione della Commissione n. 363 del 21 maggio 2007.

Gli adempimenti previsti dai Piani Integrati di Controllo Regionali sono oggetto di valutazione nell'ambito della certificazione del Tavolo LEA e il mancato raggiungimento degli obiettivi previsti determina una valutazione generale insufficiente per accedere alla quota premiale delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Il Piano Regionale Integrato (PRI) e la pianificazione dei controlli ufficiali

La pianificazione dei controlli ufficiali impostata sulla categorizzazione del rischio degli stabilimenti del settore alimentare, l'introduzione di strumenti di controllo mutuati dai sistemi di gestione della qualità, la necessità sempre più sentita di uniformare le attività di controllo per garantirne efficacia, appropriatezza e trasparenza, il diverso significato assunto dalle attività di campionamento ed analisi dei prodotti finiti, rappresentano i maggiori elementi di novità del sistema.

In quest'ottica, dunque, il P.R.I. è lo strumento basilare che la Regione Campania intende far utilizzare affinché, sia a livello regionale che territoriale, i controlli ufficiali siano programmati e svolti secondo principi di integrazione e ottimizzazione in attuazione delle disposizioni comunitarie ed in virtù delle competenze attribuite rispettivamente allo Stato e alle Regioni.

L'applicazione della nuova normativa comunitaria ha comportato quindi, una ridefinizione di tutte le procedure operative precedentemente in uso e la stesura di procedure di nuova introduzione relative all'elaborazione del Piano regionale di sorveglianza, alla categorizzazione del rischio degli stabilimenti, alla definizione delle frequenze di controllo impostate su evidenze oggettive, alla necessità di tracciare adeguatamente le attività dei diversi operatori..

Con il Piano Regionale Integrato (PRI) si descrivono le attività e i soggetti coinvolti, il modo in cui viene assicurata la conformità agli standard richiesti e i meccanismi di revisione e di aggiornamento dei controlli ufficiali in ambito di sicurezza alimentare, benessere e sanità animale e sanità dei vegetali, nonché i relativi flussi informativi.

La Struttura organizzativa regionale e territoriale

Il controllo ufficiale degli alimenti è assicurato, nell'ambito regionale:

- dal Settore Assistenza Sanitaria dell'AGC 20- Assistenza Sanitaria e Prevenzione per quanto riguarda i controlli ufficiali in tutte le imprese che intervengono nelle filiere di alimentari di prodotti di origine non animale; nonché le attività associate al campo della Prevenzione Nutrizionale.
- dal Settore Veterinario regionale per i controlli sugli alimenti di origine animale;

L'attività dei suddetti Servizi è affiancata e supportata dai Laboratori pubblici di riferimento (Arpa Campania e Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno), nonché dal neo istituito Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare (ORSA).

In Campania già dal 2006 veniva istituito il *nodo allerta* dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla sanità, la cui funzione è di garantire il flusso dei dati sulle allerte in entrata ed in uscita dalla regione, anche il sistema presentava alcune criticità: difatti non consentiva di assicurare il flusso delle comunicazioni anche durante i giorni festivi e prefestivi ed, inoltre, era articolato in due postazioni distinte per la gestione delle allerte sugli alimenti di origine animale e vegetale, essendo la rispettiva competenza assegnata a due diversi Settori regionali: Veterinario e Assistenza Sanitaria. Nel 2009 con la DGRC n. 1745 è stato, finalmente, istituito un nodo regionale unico presso l'AGC Assistenza Sanitaria che garantisce l'attività con procedure standardizzate e senza soluzioni di continuo (anche nei giorni festivi e prefestivi), per entrambe le matrici alimentari.

Sempre in materia di gestione del rischio legato al consumo degli alimenti nel 2008, con decreto del Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria, veniva istituita presso l'Assessorato alla Sanità l'*Unità di Crisi per la gestione delle emergenze alimentari*. Detto organismo, collegato funzionalmente alle omologhe strutture sia del livello ministeriale che AASSLL (Unità di crisi Centrale e Territoriali), si occupa di quelle evenienze di grave rischio alimentare altrimenti non gestibili nell'ambito delle disposizioni esistenti e con le risorse ordinarie (sistema di allarme rapido), perché insufficienti a garantire un idoneo e repentino intervento sanitario.

Per tale attività in Campania è stato istituito presso l'Assessorato alla Sanità, AGC Assistenza Sanitaria, il Nucleo Regionale per i Controlli Ufficiali (Nu.Re.C.U.) composto da personale medico e veterinario che, oltre alle attività di audit sui servizi territoriali, effettua ispezioni sugli stabilimenti della filiera, evidenziando frequentemente carenze che in alcuni casi hanno comportato provvedimenti di sospensione dell'attività o di revoca dell'autorizzazione.

Come già accennato nel capitolo precedente l'art. 41 del Regolamento 882/2004 prevede che gli Stati Membri elaborino un Piano Nazionale Integrato di controllo (PNI). In Italia, con l'intesa Stato – Regioni del 25 maggio 2007 è stato approvato il primo PNI relativo al triennio 2007/2009, dal quale sono scaturiti (ma solo in alcune regioni) il Piano Regionale Integrato dei controlli (PRI), approvato in Campania con la DGR 2101/2008.

In realtà, l'approvazione del PRI rappresenta soltanto l'atto conclusivo di una serie di iniziative assunte dalla Giunta Regionale campana propedeutiche e funzionali ad un'efficace programmazione dei controlli ufficiali espletati dalle AASSLL, in ossequio ai criteri previsti dal "pacchetto igiene" ed in particolare:

- la DGR 1957/2007 che, oltre ad istituire il citato Nu.Re.C.U. per l'attività ispettiva regionale, definisce il criterio che il servizio sanitario regionale deve adottare per programmare nel territorio di competenza i controlli ufficiali nella filiera alimentare. Il sistema, assolutamente originale ed all'epoca del provvedimento quasi pionieristico, si basa sul principio introdotto dal citato regolamento 178/2002 (art 6) e cioè sull'analisi del rischio legato all'impresa alimentare oggetto del controllo; in concreto viene attuata in primis la categorizzazione degli OSA, sulla base del rischio legato alla specifica attività (produzione, distribuzione, somministrazione), in categorie di rischio, attraverso una serie di indicatori legati, tra l'altro, alla tipologia dell'attività, alle condizioni strutturali ed igienico-sanitarie degli impianti, al target cui è rivolto ed all'entità della capacità produttiva. Ad ogni categoria di rischio, che periodicamente può essere confermata o modificata sulla base della valutazione da parte del controllo ufficiale, corrisponde una determinata intensità dei controlli (frequenza, prelievo e analisi campioni).
- la realizzazione di un software per la Gestione Informatica della Sicurezza Alimentare (GISA); il sistema consente oggi ai medici ed ai veterinari delle AASSLL di operare la gestione dei controlli

- ufficiali on line, programmati attraverso il predetto criterio della categorizzazione del rischio legate alle imprese alimentare, anche attraverso strumenti di lavoro informatici utilizzabili sul campo (black berry - pc portatili), sia in materia di alimenti che di sanità Pubblica Veterinaria. Con la DGR 1916/2008 è stato reso vincolante per le AASSLL l'uso di tale sistema informativo, anche per razionalizzare i flussi informativi oggetto di valutazione da parte del Comitato nazionale per i L.E.A.
- la DGR 1292/2007 con la quale è stato istituito l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare (ORSA), quale struttura funzionalmente correlata all'Assessorato alla Sanità. L'ORSA è la prima struttura regionale in Italia in grado di effettuare la valutazione del rischio legato al consumo degli alimenti; dopo soli tre anni di attività rappresenta già indispensabile strumento di programmazione per la regione e di monitoraggio di efficienza per il livello territoriale (AASSLL). Inoltre, frequentemente ha rappresentato fonte di dati sia per il Ministero della Salute che per l'Istituto Superiore di Sanità. Molto in sintesi, l'Osservatorio riceve i dati sui controlli ufficiali attraverso il citato software GISA, implementato dalle AASSLL, e ne effettua l'analisi anche attraverso il confronto con i dati provenienti dalle altre fonti che, in qualche modo, hanno attinenza con la salubrità degli alimenti (ARPAC - Assessorato regionale all'Ambiente - Assessorato regionale all'Agricoltura). L'esito di tale analisi, sottoposto al parere di una Consulta tecnico-scientifica presieduta dall'Assessore alla Sanità, rappresenta un prezioso elemento per la programmazione dei controlli sulla filiera alimentare. Sono, infatti, così identificati sul territorio regionale i pericoli e le aree particolarmente esposte, consentendo di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili attraverso controlli mirati e sicuramente efficaci. I tecnici dell'ORSA riportano, altresì, su cartografia (G.I.S.) la distribuzione di tutte le attività della filiera alimentare della Campania, compresa la produzione primaria (allevamenti e fondi agricoli), con le rispettive categorie di rischio assegnate dal servizio sanitario. La visione d'insieme, ottenuta grazie a tale sistema cartografico, consente di recepire visivamente l'evoluzione del rischio nella filiera alimentare e l'incidenza dei controlli ufficiali sulla stessa (cambio di categoria) valutandone l'efficacia nel tempo. Altra fondamentale funzione dell'Osservatorio è quella della formazione del personale addetto ai controlli e della comunicazione del rischio, ulteriore compito assegnato all'AC dalla norma comunitaria (".....quando un prodotto alimentare o un alimento per animali può presentare un rischio, le autorità pubbliche informano la popolazione della natura del rischio per la salute umana....." – art. 17, comma 3. Reg. (CE) 178/2002). In merito a quest'ultima funzione l'ORSA rappresenta, per conto dell'Assessorato alla Sanità, la fonte d'informazione istituzionale per il consumatore sull'effettiva presenza di pericoli e, quindi di rischi, negli alimenti; ciò anche per contrastare l'allarme mediatico (influenza aviaria – "mucca pazza" – anisakis – diossine – mozzarella blu) frequentemente determinato da notizie imprecise ed a volte del tutto infondate.

In Europa, in applicazione del Reg. Ce 851/2004 è stata istituita una Rete di sorveglianza e studio delle patologie enteriche, denominata Enteric Pathogen Network (Enter-Net); tra le finalità della rete vi è la sorveglianza delle infezioni da Salmonella, oltre che di altri importanti patogeni enterici; fino a tempi recenti, la Regione Campania non partecipava al sistema di sorveglianza Enter Net, per cui nessuna informazione era disponibile circa gli isolamenti di patogeni enterici d'origine umana nel territorio, ed in particolare non era nota la circolazione dei diversi sierotipi di Salmonella. Con la DGRC n. 212 del 5 marzo 2010 è stata attivata anche in ambito regionale la citata rete, affidando l'esecuzione della sierotipizzazione delle salmonelle, isolate su alimenti e su campioni provenienti da pazienti, all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno e all'ARPAC (Sezioni di Napoli e Benevento).

Formazione Alimentaristi - la formazione del personale che opera nel settore alimentare rappresenta uno strumento essenziale di prevenzione nell'ambito della sicurezza alimentare. La nuova strategia di sicurezza alimentare suffragata dai dati epidemiologici in materia di malattie trasmesse da alimenti, si basa sul fatto che i fattori di rischio sono per lo più correlati a comportamenti inadeguati e a modalità non corrette del trattamento e conservazione dei cibi, per cui è la formazione degli addetti che assume carattere fondamentale nell'ambito della prevenzione delle patologie di origine alimentare. Con vari provvedimenti, la Regione Campania (DGR n. 932/2004, D.D.n 46/2005 e successivo D.D.n.9/2006) ha approvato i criteri e le modalità per l'organizzazione dei corsi di formazione e aggiornamento per alimentaristi

Nutrizione - In questi decenni numerose ricerche scientifiche hanno evidenziato la responsabilità di abitudini alimentari e stili di vita non corretti nell'incremento cospicuo dell'incidenza delle malattie croniche

e nell'aumento dei fattori di rischio per le patologie legate all'alimentazione o nell'aumento della possibilità di recidive (in particolare delle malattie cardiovascolari). Del resto lo stesso Piano sanitario nazionale stabilisce fra le sue priorità la riduzione dell'obesità e delle patologie cronico - degenerative a componente nutrizionale e il Ministero della Salute ha varato il Piano di Prevenzione dell'obesità, approvando il progetto "Okkio alla salute", svolto anche in Campania. Inoltre, la Regione Campania, con la DGRC n.850 del 23/07/2006, ha approvato il progetto "Crescere felix" per una corretta educazione alimentare in ambito scolastico e familiare.

Laboratori pubblici di riferimento

Dal 1° gennaio 2010 i laboratori possono svolgere le attività di controllo ufficiale in materia di alimenti solo i Laboratori in possesso del requisito di accreditamento richiesto dal Reg. Ce 2076/05 . Il mancato accreditamento ha ricadute importanti nell'ambito della programmazione dei controlli previsti dal Piano Regionale Integrato in quanto di fatto non consente la normale continuità di servizio ed il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle certificazioni del tavolo LEA .

Obiettivi e Azioni

In considerazione di quanto evidenziato è necessario, nell'arco della vigenza del Piano Sanitario, attuare le seguenti azioni:

- accreditamento ai sensi dell'art. 12 del Reg. (CE) 882/2004 dei laboratori ufficiali (ARPAC e Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno) per le prove necessarie all'attuazione del PRI;
- stabilizzazione del sistema regionale dei controlli ufficiali (Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare – software GISA e banca dati)
- stabilizzazione del sistema informatico GISA
- realizzazione di un sistema di formazione continuo della dirigenza sanitaria che opera in sicurezza alimentare per garantire l'aggiornamento costante sui nuovi criteri di attuazione dei controlli, anche attraverso forme di integrazione con il sistema universitario;
- potenziamento del sistema di auditing allo scopo di garantire al meglio l'uniformità nell'applicazione della normativa vigente e delle direttive regionali;
- revisione della normativa regionale in materia di formazione degli alimentaristi, in coerenza con la vigente normativa comunitaria, procedendo al suo adeguamento alle esigenze degli operatori del Settore;
- attività di indagine sullo stato nutrizionale per fasce di popolazione e attività di raccolta dati su stili di vita;
- attività educative in età scolare e campagne informative dirette alla popolazione, counseling nutrizionali su gruppi a rischio, progetto iodiofilassi;
- controllo dei servizi di ristorazione collettiva (scuola, strutture socio-sanitarie, mense, ospedali ecc.);
- formazione degli operatori della ristorazione collettiva su aspetti di sicurezza nutrizionale nell'alimentazione.

Le predette azioni sono necessarie per il raggiungimento dei seguenti obiettivi da realizzare nell'arco di vigenza del Piano Sanitario:

- A breve termine – stabilizzare il sistema regionale ed avviare la categorizzazione delle imprese alimentari sulla base del rischio ed attivare i controlli ufficiali previsti per le diverse categorie di rischio;
- A medio termine – completare la categorizzazione delle imprese alimentari con messa a regime del sistema dei controlli ufficiali sull'intero territorio regionale;
- A lungo termine – diminuire il livello medio di rischio nelle imprese alimentari campane.

La verifica *in progress* degli obiettivi a breve, medio e lungo termine avviene attraverso il sistema informatico GISA e l'analisi effettuata dall'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare sui dati estratti dal medesimo sistema.

Per il monitoraggio sulle azioni delle AASSLL e sul rispetto dei tempi previsti dal PRI, sarà attuato su base trimestrale dal tavolo permanente regionale sulla base dei report sulle attività forniti dall'Osservatorio.

2.5 La sanità veterinaria e la salute animale

Eradicazione della Malattia Vescicolare dei Suini

La Malattia Vescicolare del Suino (MVS) è una malattia virale, infettiva e contagiosa, che colpisce i suini. Clinicamente indistinguibile dall'Afta epizootica, è inclusa nella lista delle malattie animali più importanti sia dal punto di vista epidemiologico che a causa delle restrizioni commerciali derivano dalla sua presenza in un dato territorio.

L'Italia è l'unico Paese dell'UE in cui la malattia persiste, nonostante siano stati implementati Piani di eradicazione e sorveglianza a partire dal 1995. Alcune regioni dell'Italia meridionale, e la Campania tra queste, non hanno mai raggiunto lo standard sanitario richiesto (accreditamento).

Il comparto suinicolo campano è assai poliedrico e diversificato. A fronte di un relativamente piccolo numero di allevamenti di tipo intensivo che raggiungono alti livelli di specializzazione fino a punte di eccellenza, è maggiormente rappresentato un allevamento misto, più a carattere familiare con pratiche di allevamento che rispondono a quelle che sono le usanze e richieste del territorio. Tale tipologia da sola costituisce il 18,16 % sul totale nazionale e circa il 91,0 % del totale regionale.

Ciò implica che l'interesse a raggiungere e mantenere elevati standard sanitari e di produzione sia socialmente ed economicamente differenziato tra le due realtà zootecniche e questo è l'elemento che influenza in modo determinante l'esito del piano di eradicazione.

Ai sensi della normativa nazionale, per ottenere la qualifica di regione accreditata, è necessario che tutte le aziende della regione siano registrate nella Banca Dati Nazionale e sottoposte a controllo sierologico annuale che dimostri assenza di infezione.

L'accreditamento regionale nei confronti della MVS costituisce, ai sensi del D.P.C.M. 29/11/2001, un obiettivo previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), in riferimento al quale la Campania risulta inadempiente.

Il mancato accreditamento regionale comporta notevoli restrizioni per le aziende campane che intendono commercializzare suini fuori dal territorio regionale, erogazione di indennizzi agli allevatori per l'abbattimento e la macellazione di suini infetti o sieropositivi e ingenti oneri a carico delle AASSLL per le spese di distruzione dei suini abbattuti.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo è riconducibile alla incompletezza dei controlli rispetto a quanto previsto dal Piano Nazionale, alle movimentazioni illegali di animali con stato sanitario sconosciuto, alla scarsa applicazione delle misure di biosicurezza negli allevamenti, alla mancata disinfezione dei mezzi di trasporto (il virus è molto resistente nell'ambiente e nei residui organici).

A tal proposito oltre alle norme nazionali già in vigore, da ultimo rappresentate dalle Ordinanze Ministeriali del 12 aprile 2008, per rendere più incisive le misure di controllo, la Regione Campania ha emanato dapprima un Piano straordinario nel dicembre del 2004, approvato con Delibera di G.R. n° 2398 del 23 dicembre 2004, e successivamente una specifica Ordinanza del Presidente della Giunta Regione Campania n°226 del 19/08/2009 che ha come obiettivo principale il contrasto del commercio illegale (prevede l'abbattimento e distruzione dei capi risultati sprovvisti di identificazione e certificazione sanitaria, con spese a carico degli allevatori inadempienti e senza indennizzo) e norme più stringenti per i trasportatori che sono obbligati a lavare e disinfettare il proprio mezzo e a registrare tutti gli spostamenti effettuati.

L'obiettivo unico e imprescindibile per assicurare la stabilità dell'intero comparto suinicolo campano rimane l'accreditamento di tutto il territorio regionale e la stabilizzazione di tale condizione sanitaria.

Per perseguire tale obiettivo, oltre a quanto già previsto nella normativa vigente sopra richiamata, è indispensabile agire attraverso due direttive fondamentali, fortemente correlate tra loro:

- la conoscenza puntuale e la registrazione nella Banca Dati Nazionale di tutte le movimentazioni di suini che avvengono nel territorio regionale, con azioni specifiche a riguardo della obbligatorietà della compilazione elettronica del modello di accompagnamento degli animali (Modello4) previsto dal Regolamento di Polizia Sanitaria, nonché della obbligatorietà dello scarico delle partite di animali macellati, al momento facoltativo ai sensi dell'OM 12 aprile 2008;
- la fornitura ai Servizi Veterinari di Sanità Animale delle ASL di strumenti informatici adeguati e adeguati per l'espletamento di tutti gli obblighi connessi con le anagrafi del bestiame in generale, e la gestione delle movimentazioni suine in particolare.

Sarà fondamentale, almeno nella prima fase di attuazione del Piano, ottenere la collaborazione di tutte le forze dell'ordine per reprimere e scoraggiare comportamenti che possano inficiare il lavoro di controllo effettuati

Altrettanto fondamentale risulta una azione indirizzata agli allevatori per aumentare gli standard di biosicurezza negli allevamenti suinicoli, eventualmente di concerto con l'Assessorato all'Agricoltura, per trovare forme di incentivazione anche economica all'adeguamento a standard superiori, e per promuovere interventi di carattere formativo/informativo adeguati.

La valutazione dello stato dell'arte rispetto all'obiettivo dell'accreditamento, valutabile sulla prima annualità del piano, è effettuata mensilmente da parte del Settore Veterinario regionale di concerto con l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario regionale che monitora lo stato di accreditamento delle aziende e le attività dei servizi veterinari.

Trimestralmente sono indetti incontri con i Servizi veterinari territoriali volti ad evidenziare le criticità e gli scostamenti dagli obiettivi previsti al fine di concordare i necessari provvedimenti correttivi che vengono verificati negli incontri successivi.

L'accreditamento sarà raggiunto con l'effettuazione della totalità dei controlli nelle aziende suinicole campane. Allo stesso modo, nelle annualità successive, sarà monitorato il rispetto delle condizioni di mantenimento dell'accreditamento.

Eradicazione della Brucellosi Bufalina

Nella provincia di Caserta e in alcune aree limitrofe della provincia di Napoli si riscontra da tempo la presenza dell'infezione brucellare negli allevamenti bufalini.

Già all'inizio del 2007 viene avviato un progetto regionale di identificazione elettronica (attraverso un microchip incluso in bolo ruminale) di tutti i capi bufalini allevati in Campania, ad oggi pienamente e costantemente attuato, che rappresenta uno dei capisaldi irrinunciabili all'attività di profilassi e risanamento del patrimonio bufalino di tutta la Regione.

Nel luglio del 2007, in un contesto di verifica straordinaria della situazione epidemiologica in provincia di Caserta, effettuata con il conforto del Ministero della Salute e l'attività in campo dei NAS, si sono evidenziate percentuali altissime di infezione non contrastabili con i normali mezzi a disposizione delle ASL interessate. Pertanto viene dichiarato lo Stato di Emergenza a cui segue l'emanazione, in data 21 dicembre 2007, dell'OPCM 3634, entrata in vigore il 7 gennaio 2008, che individuava l'Assessore all'Agricoltura della Regione Campania quale Commissario Straordinario per l'emergenza stessa.

L'eradicazione della brucellosi costituisce, ai sensi del D.P.C.M. 29/11/2001, un obiettivo previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), in riferimento al quale la Campania risulta inadempiente

Durante il periodo di commissariamento, terminato il 31 dicembre 2009, è stato garantito l'abbattimento di tutti gli animali infetti presenti nel territorio provinciale ed è stata avviata una campagna di vaccinazione

delle rimonte negli allevamenti non Ufficialmente indenni.

L'attività del commissariato di governo è stata prorogata fino al 31 dicembre 2010 ma solo per portare a termine attività già avviate nel periodo precedente.

A partire dal 1 gennaio 2010 quindi tutte le attività inerenti le brucellosi bufalina sono ritornate in capo ai Servizi Veterinari delle ASL, responsabili anche delle procedure di indennizzo per gli animali abbattuti. Parte dell'indennizzo, e in particolare la quota differenziale tra parte statale e valore di mercato degli animali abbattuti, è erogato con fondi regionali.

L'andamento epidemiologico della malattia ha evidenziato, nel triennio 2008/2010, un netto miglioramento della situazione sanitaria.

E' aumentata la percentuale degli allevamenti Ufficialmente Indenni dal 45% circa del 2007 ad oltre il 75% attuale.

Al contrario, sono nettamente diminuiti gli allevamenti infetti la cui percentuale è scesa dal 34% circa del 2007 al 9% circa attuale, e la prevalenza aziendale (animali infetti rispetto ai presenti) che si è più che dimezzata nell'arco dello stesso periodo.

Obiettivi

In tale contesto, l'obiettivo principale già alla fine del primo anno di attività risulta il raggiungimento della totalità dei controlli, il rispetto della loro periodicità, e la ulteriore riduzione della percentuale di infezione in modo da arrivare alla fine del periodo di Piano al raggiungimento delle condizioni di base per avviare il percorso di accreditamento provinciale per la malattia in questione. Uno specifico gruppo di lavoro, già attivato a livello regionale per il 2010, avrà il compito di verificare mensilmente le attività svolte a livello territoriale, monitorandone l'andamento, la correttezza e i risultati.

Inoltre, attraverso i report semestrali dello stato di avanzamento dei controlli, prodotti dalle ASL e già previsti dalla normativa comunitaria, sarà verificato l'allineamento delle informazioni presenti nel sistema informativo SANAN.

Sistema di Identificazione e Registrazione degli animali – Anagrafe zootecnica

L'anagrafe zootecnica rappresenta un fattore indispensabile per garantire una zootecnia rispettosa del consumatore e della normative di settore. Essa tende a registrare la storia di ogni animale (dove è nato, dove è stato allevato, dove è stato macellato) mediante la raccolta di dati che, data l'enorme quantità, è necessario gestire con l'impiego di sistemi informatici.

Le recenti emergenze nel settore zootecnico e i recenti avvenimenti nel settore delle produzioni delle carni, come la crisi legata alla BSE, hanno confermato la necessità di disporre di un sistema di identificazione univoco degli animali di interesse zootecnico, destinati alla produzione di alimenti per l'uomo. Del resto qualsiasi azione prevista dalla normativa, per poter essere applicata ad un animale, necessita che lo stesso sia definito e quindi identificabile.

Sono in vigore norme comunitarie/nazionali e regionali che rendono obbligatorio il Sistema di Identificazione e Registrazione (S. I. & R.) per l'anagrafe zootecnica.

I Servizi Veterinari delle AA.SS.LL. rappresentano l'Autorità Competente (AC) responsabile dei controlli ufficiali per tutte le attività territoriali che riguardano la salute ed il benessere degli animali, la sicurezza degli alimenti di origine animale e, quindi, anche i controlli sul S. I. & R. degli animali.

Per rendere omogenee le procedure sul territorio nazionale, il Ministero della Salute ha adottato una check list per i controlli sul S. I. & R. dei bovini/bufalini (allevamenti e macelli), degli ovi-caprini (allevamenti e macelli), dei suini e degli equidi (allevamenti).

Per ogni specie è stato implementato un sito Web specifico sul portale dei Sistemi Informativi Veterinari

dove è necessario, fra l'altro, che i Servizi Veterinari registrino i "Controlli in allevamento", le "Irregolarità sul Sistema di I. & R." e le "Check list" degli allevamenti e dei macelli.

La Conferenza Stato-Regioni - Seduta del 22 novembre 2001 sui *Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria*, assegna alla Sanità pubblica veterinaria - Sanità animale la Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione della malattie infettive e diffuse degli animali. Nella nostra regione permangono delle situazioni critiche relativamente alla lotta ed eradicazione di alcune zoonosi e delle malattie degli animali.

Il completamento e il buon funzionamento dei sistemi anagrafici per le specie d'interesse zootecnico rappresentano il presupposto fondamentale per la creazione di un sistema di epidemiosorveglianza regionale e nazionale. Attualmente esistono già dei sistemi integrati che sfruttano le sinergie degli applicativi messi in campo dal Ministero della Salute. Il portale dei Sistemi Informativi Veterinari integra la Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe zootecnica, i flussi informativi per la lotta e l'eradicazione delle malattie degli animali, la gestione dei focolai di malattia e la registrazione delle attività di controllo. L'uso di detti sistemi - in base alle norme vigenti - è obbligatorio e, trattandosi di sistemi informatici, presuppongono una precisa e costante attività veterinaria per l'immissione dei dati, per le verifiche e le valutazioni onde permettere alle istituzioni di competenza (Regione, AA.SS.LL., Ministero, ecc.) di soddisfare i debiti informativi ed adempiere ai compiti istituzionali in maniera puntuale, di ridurre gli obblighi burocratici e giungere alla semplificazione amministrativa.

Il Ministro della Salute nel "*Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012*" del 29 aprile 2010, indirizzato alla Conferenza Stato-Regioni, al punto 10.4 Sanità Veterinaria, afferma che "sono tematiche importanti l'armonizzazione della normativa europea, la formazione degli operatori, la gestione dei sistemi informativi, in particolare le anagrafi animali senza le quali non è possibile alcuna epidemiosorveglianza".

Sono responsabili del funzionamento del Sistema di Identificazione e Registrazione degli animali, ciascuno per le proprie competenze :

- i detentori degli animali;
- i responsabili degli stabilimenti di macellazione;
- i fornitori di marchi auricolari inclusi i produttori e i distributori;
- le associazioni nazionali allevatori di specie e di razza di cui alla legge 15 gennaio 1991, n. 30 e successive modifiche;
- i servizi veterinari delle Aziende Sanitarie Locali;
- AGEA e organismi pagatori;
- le regioni e le province autonome;
- il Ministero della salute.

Ai Servizi Veterinari delle AA.SS.LL. spetta il controllo sulla corretta applicazione delle norme comunitarie/nazionali e regionali in materia di anagrafi zootecniche, in base alla normativa in premessa citata.

I controlli veterinari devono prevedere un numero minimo di aziende da sottoporre a ispezione, selezionate in base ad un'analisi dei rischi che deve tener conto di alcuni indicatori previsti nelle norme comunitarie e nazionali.

I controlli minimi previsti sono di seguito specificati :

- Anagrafe bovini/bufalini: 5 % aziende
- Anagrafe ovi-caprini: 3 % aziende e 5 % animali
- Anagrafe suini: 1 % aziende
- Anagrafe equidi: 5 % aziende .

Azioni

- Inserimento nel Piano Regionale Integrato (previsto dall'art. 41 del reg. CE 882/2004) gli obiettivi relativi ai controlli minimi sulle anagrafi zootecniche

- Formazione del personale
- Adeguamento delle postazioni adibite all'uso dei sistemi informatici e potenziamento delle linee di collegamento al Web
- Potenziamento e miglioramento:
dell' audit sui Servizi Veterinari
della programmazione dei controlli

Obiettivi

- a breve termine - Assicurare il numero minimo di controlli previsti nell'anno
- a medio-lungo termine - Assicurare un miglioramento dell'efficacia dei controlli minimi

Obiettivo operativo a breve termine

Gli obiettivi operativi possono essere espressi in forma numerica (n. di controlli), per cui all'obiettivo deve corrispondere un Indice/Indicatore di misura che sia in grado di rendere agevole la valutazione oggettiva del grado di efficacia (raggiungimento dell'obiettivo)

Indice di efficacia generale

$$\frac{n}{N} \cdot 100 \%$$

dove " n " è il numero controlli veterinari effettuati nel periodo di riferimento ed " N " è il numero di controlli minimi previsti nel periodo di riferimento.

Obiettivo a medio-lungo termine

Valutare l'efficacia dei controlli ufficiali è compito più difficile rispetto alla valutazione degli obiettivi operativi. Lo sforzo è quello di esprimere in forma numerica un Indicatore di misura che sia in grado di rendere agevole la valutazione oggettiva del grado di efficacia raggiunto.

Indicatore di efficacia generale

$V_2 - V_1$

dove "V1" rappresenta il valore numerico del dato X (valore delle Non conformità riscontrate nell'anno nel corso degli Audit sui Servizi Veterinari) del periodo attuale di riferimento, mentre "V2" rappresenta il valore numerico del dato X del periodo precedente.

Se il valore tende a diminuire nel periodo, significa che c'è stato un miglioramento nell'effettuazione dei controlli ufficiali.

Igiene Urbana Veterinaria e Lotta al randagismo

Il quadro di riferimento normativo in materia di igiene urbana veterinaria e lotta al randagismo hanno indotto il legislatore nazionale e regionale ad una regolamentazione della problematica, come per altro voluta dai LEA.

In particolare, la L.R. n. 16/2001, applicativa della Legge Quadro n. 281/91, in materia di prevenzione del randagismo, il DPCM del 28.02.03 in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy, hanno inquadrato le specifiche problematiche che, in diverse aree della Regione, hanno assunto negli anni i connotati di una vera e propria emergenza.

La disomogeneità degli interventi ha determinato una condizione diversificata sul territorio regionale per cui si rende necessario una armonizzazione dei comportamenti e delle azioni al fine di apportare correttivi all'azione di prevenzione del delicato fenomeno del vagantismo animale e garantire il medesimo livello delle prestazioni erogate, in conformità ai Livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29/11/2001.

La L.R. n° 16 del 24/11/01 in materia di Prevenzione del Randagismo ha recepito la Legge Quadro n° 281/91 e con DPGR n° 3438 del 12/07/2002 sono state emanate le Linee Guida interpretative della citata L.R. n° 16/01.

Con DPGR n° 2131 del 7/12/2002 sono state stabilite le "Priorità, modalità e termini per la concessione

dei contributi previsti dalla L.R. 16/01 in materia di prevenzione del randagismo”

Con DPGR n° 593 del 12/05/2006 è stato recepito “L’accordo tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di benessere degli animali da compagnia e pet therapy”

Con Decreto Dirigenziale n° 123/2008 sono state stabilite le modalità e le procedure per l’accreditamento regionale dei Veterinari Liberi Professionisti all’anagrafe canina on line.

La Giunta Regionale della Campania, con Delibera n. 1940 del 29.12.2009, ha istituito il Centro di Riferimento Regionale di Igiene Urbana Veterinaria (CRIUV) che persegue le seguenti finalità:

- Creazione di una rete di collaborazione tra le Aziende Sanitarie per la gestione delle popolazioni animali sinantropiche attraverso metodiche di contenimento delle stesse.
- Approfondimento epidemiologico sulle realtà di tipo parassitario, infettivistico ed ambientale con particolare riferimento ai contaminanti, utilizzando tali popolazioni come sentinelle ambientali e, quindi, a salvaguardia della salute pubblica.
- Implementazione del Registro Tumori per la parte relativa agli animali sinantropi.
- Istituzione di una rete di rappresentanti C.R.I.U.V. da dedicare alla mappatura delle aree nelle quali potranno evidenziarsi particolari problematiche legate alla frequenza di patologie di interesse zoonosico e tossicologico.
- Differenziazione delle Attività in I e II Livello Assistenziale in favore degli animali senza padrone, per rispondere al principio di uniformità ed economicità di spesa, avendo come riferimento una struttura centralizzata per attività cliniche e di diagnosi con attrezzature costose e di difficile gestione in forma non associata.
- I rappresentanti territoriali del C.R.I.U.V. diventeranno fornitori-fruitori di tutte le attività rese dal Centro.
- Nell’immediato il Centro fornisce assistenza alle realtà più disagiate mediante la creazione di una collaborazione tra più Aziende Sanitarie per gli stessi obiettivi.
- Supporto alle Aziende Sanitarie per l’organizzazione del I Livello assistenziale che prevede l’erogazione delle seguenti attività che dovranno essere garantite dai Servizi Veterinari delle A.A.S.S.L.L. territoriali, per poter accedere a quelle di II livello erogate dal CRIUV:
 - *Anagrafe Canina* (tutte le prestazioni ed attestazioni previste: rilascio del passaporto per cani, gatti, furetti nel caso di animali a seguito dei padroni)
 - *Sterilizzazione chirurgica* degli animali senza padrone
 - *Intervento di Pronto Soccorso* per cani e gatti con esclusione di quelli rientranti nel II Livello.
 - Supporto alle AA.SS.LL. per diagnostica e prestazioni clinico-chirurgiche di elevata specialità in regime di ricovero per cani e gatti senza padrone (c.d. attività di II Livello) nei seguenti casi:
 - pronto soccorso
 - assistenza nella gestione degli stati di emergenza in materia

Per la gestione delle attività delle AASSLL è stato realizzato il software (GISA) che consente ai medici ed ai veterinari delle AASSLL di operare la gestione dei controlli ufficiali on line, sia in materia di sicurezza alimentare che di Sanità Pubblica Veterinaria.

Con la DGR 1916/2008 è stato reso vincolante per le AASSLL l’uso di tale sistema informativo, anche per razionalizzare i flussi informativi oggetto di valutazione da parte del Comitato nazionale per i L.E.A.

L’evoluzione del software, attualmente attivo anche per la gestione dell’anagrafe canina, consentirà di gestire anche tutte le altre attività svolte dai Servizi Veterinari delle AA.SS.LL. in materia di Sanità Pubblica Veterinaria.

Azioni

- Creazione di un sistema di collaborazione interaziendale per meglio distribuire e gestire le risorse umane, strumentali ed economiche tenendo conto del principio di economicità ed efficienza dei servizi resi alla Comunità.

- Differenziazione delle risorse umane proprie dei Servizi Veterinari in gruppi operativi, distinti per i controlli ufficiali e per le attività assistenziali, di studio e ricerca relativi all'igiene urbana.
- Implementazione di piani operativi di intervento sul contenimento delle nascite di cani anche in obbedienza al disposto della L.R. n. 16/01 art. 5.
- Formazione ed addestramento del personale dirigente impegnato nelle attività assistenziali.
- Intervento nelle fasce recettive della popolazione scolastica attraverso attività di formazione/informazione per promuovere una detenzione dei pets compatibile la tutela e il rispetto della collettività e degli animali.

Obiettivi

A breve termine - definizione degli standard regionali e livellamento delle relative prestazioni di I livello erogate dalle AASSLL, in materia di lotta al randagismo e di igiene urbana veterinaria.

A medio - lungo termine:

- incremento delle prestazioni effettuate dai Servizi Veterinari delle AA.SS.LL. su animali d'affezione, volatili ed altri animali sinantropi in riferimento alle problematiche connesse al randagismo ed all'igiene urbana veterinaria;
- realizzare, attraverso l'indicatore "animale sinantropo", la mappatura del territorio regionale sulla presenza di pericoli di natura infettiva, infestiva e tossicologica e fornire alla programmazione regionale elementi utili per indirizzare le azioni di controllo e bonifica;
- aumento nella cittadinanza della consapevolezza del ruolo sociale e dei rischi legati alla detenzione dei pets, nonché delle modalità di gestione degli stessi e delle azioni di prevenzione del fenomeno del randagismo.

Tutte le attività finalizzate al raggiungimento dei macro obiettivi saranno tracciate negli specifici Sistemi Informativi Regionali (GISA/BDR) che permetteranno di monitorare, anche in tempo reale, l'andamento delle attività.

Il miglioramento delle prestazioni di I Livello (*anagrafe canina, sterilizzazioni chirurgiche ed interventi in pronto soccorso*) è espresso dall'incremento numerico rispetto all'anno precedente fino al raggiungimento di un indice di efficacia che viene misurato attraverso il seguente Indice di efficacia:

$$\frac{N}{n} \cdot 100 \%$$

dove " n " è il numero di iscrizioni/sterilizzazioni chirurgiche effettuate nel periodo di riferimento ed " N " è il numero di iscrizioni/sterilizzazioni chirurgiche previsti nel periodo di riferimento. Secondo tale formula è possibile valutare l'incremento percentuale delle prestazioni eseguite.

La misurazione dell'efficacia degli approfondimenti epidemiologici in particolare riferiti a problematiche di interesse zoonosico (infettivo e/o parassitario) e tossicologico ai fini della tutela della salute umana e animale viene effettuata attraverso:

- l'implementazione del Registro Tumori per la parte relativa agli animali sinantropi;
- l'elaborazione dei dati, estratti dal software GISA, di diagnosi post mortem e approfondimenti tossicologici e mappatura delle aree nelle quali sono evidenziate particolari problematiche legate alla frequenza di patologie di interesse zoonosico e tossicologico.

2.6 Il rapporto salute-ambiente

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, si può considerare l'ambiente come l'insieme di tutti i fattori fisici, chimici e biologici, esterni all'individuo, e di tutti i comportamenti correlati, includendo le componenti che possono essere modificate attraverso interventi a breve o a lungo termine. E sulla base di questa definizione si stima che nel mondo il 24% delle malattie e il 23% delle morti siano attribuibili a fattori ambientali modificabili. Nei bambini questi valori superano il 30%. Anche se in Europa

tali valori si collocano a livelli più bassi (intorno al 15% per entrambi gli indicatori) si tratta comunque di problemi di rilevanza primaria.

L'ambiente, quindi, rappresenta uno dei principali determinanti della salute e il nesso ambiente - salute è da tempo all'attenzione del dibattito politico e scientifico internazionale.

Le prospettive della produzione industriale, i processi di globalizzazione, le strategie nel campo dell'energia, dei trasporti e della gestione dei rifiuti sono solo alcuni evidenti esempi di settori che determinano rilevanti impatti sull'ambiente e sulla salute. In questo ambito vanno considerati anche i cambiamenti climatici, per gli effetti propri e per le interazioni con i diversi settori della vita umana. Un particolare interesse, poi, presenta anche lo sviluppo urbano.

Le conoscenze finora disponibili, in particolare sull'impatto che le diverse politiche hanno sull'ambiente e sulla salute non sono, tuttavia, ancora sistematiche e lasciano ampi gradi di incertezza.

Per affrontare queste tematiche nella loro complessità si stanno sviluppando competenze, normative, metodi scientifici e strumenti tecnici nuovi, tra cui quelli per la valutazione di impatto sull'ambiente e sulla salute, il principio di precauzione, le normative per il controllo dei prodotti chimici, per la sicurezza alimentare, ecc. Sono strategie che si basano su prove scientifiche ma hanno bisogno, tuttavia, di essere sostenute da sforzi sistematici rivolti da un lato alla integrazione dei diversi saperi e dall'altro al coinvolgimento dei responsabili istituzionali e dei portatori di interesse fin dall'inizio dei processi.

In Campania si stanno sviluppando, grazie anche a progetti approvati dal Ministero della Salute -CCM per lo sviluppo di capacità di documentazione locale e la collaborazione con altre istituzioni regionali (ARPA Campania) ed esperienze di altre regioni (progetto MONITER dell'Emilia Romagna), competenze tecnico-scientifiche su questi temi, tra cui quelle nel campo epidemiologico dei determinanti ambientali.

Pertanto si intendono perseguire i seguenti obiettivi generali:

- sviluppare le conoscenze sulle relazioni tra politiche, esposizioni ambientali e salute valorizzando e integrando le competenze e le esperienze delle istituzioni e delle organizzazioni regionali e promuovendo studi e ricerche anche in collaborazione con enti nazionali e internazionali;
- promuovere strategie e interventi efficaci per una protezione dell'ambiente e della salute in Campania, in una prospettiva equa e sostenibile;
- creare le condizioni perché i diversi attori coinvolti possano interagire efficacemente nella valutazione e nella costruzione delle politiche.

Tutela della salute negli ambienti di vita aperti e confinati

La correlazione tra salute e la presenza di importanti fattori di rischio legati agli ambienti di vita aperti e confinati sono acquisizioni ormai consolidate della sanità pubblica: tuttavia questi aspetti non sono stati affrontati, nei tempi recenti, in modo coerente con la loro rilevanza, che richiede un forte impegno e l'adozione di misure a valenza molto estesa e riconducibili a politiche complessive dell'organizzazione sociale.

In tale ambito la Regione Campania, tramite i Dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.LL. dovrà consolidare le azioni mirate a:

- adottare iniziative per la prevenzione dei danni alla salute della popolazione connessi all'inquinamento atmosferico e del suolo, fornendo agli enti preposti l'assistenza finalizzata alla risoluzione dei problemi per un miglioramento ambientale
- controllare la qualità delle acque destinate al consumo umano e di quelle utilizzate per la balneazione;
- controllare sui singoli impianti: il rumore, l'inquinamento atmosferico, lo smaltimento dei rifiuti
- svolgere interventi per la prevenzione dell'inquinamento chimico e biologico (es. legionella) negli ambienti confinati, aggiornando i requisiti igienico- sanitari delle abitazioni e degli ambienti di vita collettiva
- prevenire e contenere il rischio amianto per la salute dei cittadini, attraverso la valutazione della

pericolosità e la vigilanza delle attività di bonifica dei siti contenenti amianto – promuovere azioni di educazione e informazione finalizzata alla riduzione della presenza di amianto

- prevenire il rischio per la popolazione anche attraverso l'individuazione delle aree del territorio regionale con elevata probabilità di alte concentrazioni di radon-indoor e l'adozione di iniziative di prevenzione che riducano l'esposizione della popolazione con la promulgazione di linee guida per la costruzione di edifici radon-resistenti e per il risanamento di quelli esistenti di concerto con altri enti preposti.
- coordinare l'attuazione da parte delle ASL di piani locali per l'individuazione di fonti di inquinamento di tipo chimico e per prevenire la conseguente esposizione della popolazione;
- prevenire e controllare l'esposizione della popolazione alle radiazioni ionizzanti, anche con riferimento alla tutela delle persone esposte per scopi medici;
- valutare e contenere rischi per la salute dovute ad esposizione a campi elettromagnetici prodotti da elettrodotti e reti di comunicazione;
- adottare iniziative per ridurre l'inquinamento da rumori.

Nello svolgimento di tali attività saranno ricercate ed attuate forme di collaborazione e sinergia con l'Agenzia Regionale per la Protezione per l'Ambiente (ARPA Campania).

Il sistema sanitario, in ambito urbano, deve orientare le scelte pianificatorie ed edificatorie, attraverso l'analisi e la stima dei fattori di rischio presenti nel territorio indotti dalla forma, dalle dotazioni e dalle caratteristiche della città e degli edifici, nonché la valutazione di impatto sulla salute delle nuove strategie e scelte proposte.

Obiettivo del piano è quindi attuare la prevenzione e la riduzione della esposizione a fattori di rischio di tipo ambientale, chimico, fisico, biologico e di tipo tecnologico, nell'ottica di un approccio globale della salute, che considera il contesto urbano come componente rilevante del benessere della popolazione.

E' necessario quindi:

- Sviluppare un sistema informativo delle attività produttive e dei servizi al fine di fornire agli enti preposti informazioni utili alla pianificazione urbanistica ed edilizia.
- Promuovere negli strumenti di regolazione edilizia ed urbanistica, i criteri per la tutela dell'ambiente dagli inquinanti per lo sviluppo di un contesto favorevole alla promozione della salute

Gli obiettivi del triennio di vigenza del presente piano sono riportati nella tabella che segue.

	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Indirizzi regionali alle aziende per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012		
	Avviare le azioni centrali per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, con particolare attenzione alla definizione di pacchetti di azioni del PRP condivisi con i MMG/PLS.	Monitorare l'avanzamento delle progettualità aziendali del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Monitorare l'avanzamento delle progettualità aziendali del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012
	Avviare la formazione regionale degli operatori sanitari sulle tematiche dell'EBPH, della definizione delle priorità e sulla informazione/comunicazione in sanità	Completare la formazione regionale degli operatori sanitari sulle tematiche del dell'EBPH, della definizione delle priorità e sulla comunicazione in sanità	
	Consolidare i sistemi di sorveglianza epidemiologica su malattie infettive e vaccinazioni, stili di vita (Passi, Passi d'argento, Okkio alla salute, HBSC), survey screening oncologici e registri tumori.		
	Avviare le azioni per la implementazione di un sistema informativo regionale sulle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione (vedi progetto Mattoni del SSN).	Condurre le azioni per la implementazione di un sistema informativo regionale sulle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione (vedi progetto Mattoni del SSN).	Completare le azioni per la implementazione di un sistema informativo regionale sulle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione (vedi progetto Mattoni del SSN).
Obiettivi Aziendali			
	Avviare le azioni locali per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, con particolare attenzione agli accordi con i MMG/PLS per l'attuazione dei pacchetti di azioni regionali	Rendicontare l'avanzamento delle progettualità aziendali del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Rendicontare l'avanzamento delle progettualità aziendali del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012
		Avviare la formazione locale degli operatori sanitari sulle tematiche dell'EBPH e sulla informazione/comunicazione in sanità	Completare la formazione locale degli operatori sanitari sulle tematiche del dell'EBPH e sulla comunicazione in sanità
	Consolidare a livello locale i sistemi di sorveglianza epidemiologica su malattie infettive e vaccinazioni, stili di vita (Passi, Passi d'argento, Okkio alla salute, HBSC), survey screening oncologici e registri tumori aziendali.		
		Avviare le azioni per la implementazione di un sistema informativo aziendale sulle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione (vedi progetto Mattoni del SSN).	Completare le azioni per la implementazione di un sistema informativo aziendale sulle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione (vedi progetto Mattoni del SSN).

3. LE CURE PRIMARIE

Secondo la dichiarazione di Alma Ata del 1978, le cure primarie possono essere così definite:

“L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. E' il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria”.

Le cure primarie rappresentano, dunque, una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità .

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono dunque l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

3. 1 Gli elementi di contesto

Il quadro normativo ed organizzativo

A livello sovrrregionale, appare di particolare interesse quanto contenuto nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che individua un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. nella riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

Per raggiungere questo obiettivo occorre determinare le condizioni per completare il percorso che conduca al graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, anche in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana. Questa articolazione delle cure primarie consentirà una più appropriata erogazione dei servizi, l'efficace continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, la fornitura di attività specialistiche, la riduzione delle liste d'attesa, l'attivazione dei percorsi assistenziali e una più efficace integrazione socio sanitaria. Questo modello organizzativo avrà inoltre importanti ricadute sull'accesso improprio al P.S. grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale.

Parimenti significativi appaiono inoltre l'atto d'intesa Stato-Regioni del 24 luglio 2003 (che ha individuato come priorità 2 "le cure primarie") e l'atto d'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sulla spesa sanitaria, in particolare l'art. 7 recante "Meccanismi di raccordo tra aziende sanitarie e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta" di cui alla DGRC n. 1362 del 6.09.2006.

I riferimenti sopra citati acquistano ampio significato alla luce della riforma del titolo V della Costituzione che individua la “tutela della salute” come materia di legislazione concorrente.

Si richiama inoltre l’art. 1 comma 275 della Legge Finanziaria 266 del 2005 che stabilisce che, fra gli adempimenti regionali indicati all’articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, vi è quello di stipulare accordi attuativi dell’articolo 59, lettera B – Quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi – comma 11, del medesimo accordo nazionale, prevedendo di subordinare l’accesso all’indennità di collaborazione informatica al riscontro del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico e provvedendo al medesimo riscontro mediante il supporto del sistema della tessera sanitaria di cui all’articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

Le modalità di riscontro, coerenti con le determinazioni assunte dalla Regione in termini di acquisizione dati e verifiche prescrittive, sono oggetto di intesa fra le parti.

L’Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 individua le linee progettuali per l’utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell’art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Con tale Accordo, consistenti risorse sono state destinate alle cure primarie e all’assistenza h24.

Nella seduta del 3 dicembre 2009 è stato siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il Nuovo Patto per la Salute 2010–2012. Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e a garantire l’unitarietà del sistema.

A livello regionale, le scelte già presenti, fortemente necessitate dalle esigenze scaturenti dal Piano di Rientro, inducono a contemperare diverse ed opposte esigenze, quali da una parte quella di individuare comunque istituti o modalità comuni, che offrano garanzie assistenziali per l’utenza e di attività per i medici convenzionati; dall’altra valorizzino il diverso ruolo della medicina generale, strettamente collegato con la responsabilità di orientamento della domanda e ormai indirizzato verso condivisioni strategiche del sistema sanitario regionale.

In tale contesto, si inserisce il Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27.09.2010 “Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell’appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni.”, del quale si dà, qui di seguito, ampio stralcio.

“Il sistema sanitario della Regione Campania in tutte le analisi che sono state prodotte, sia con riferimento alla adeguatezza delle strutture, dei posti letto e dell’assetto territoriale, sia con riferimento alla spesa ha evidenziato la assoluta necessità che una buona programmazione riequilibri il rapporto oggi esistente fra livello essenziale ospedaliero e livello essenziale di assistenza territoriale, spostando sul territorio risorse economiche, umane e tecnologiche, atte a garantire percorsi diagnostici e terapeutici che oggi trovano inappropriate risposte negli ospedali.

L’importanza della continuità assistenziale dall’ospedale al domicilio del paziente come mezzo fondamentale per rendere effettivo il diritto alla salute del cittadino è ribadito anche nel redigendo nuovo Patto per la Salute 2010-2012.

Passaggio fondamentale per raggiungere tale obiettivo è la razionalizzazione della funzione ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggior efficienza nell’utilizzo delle risorse.

Per la Campania che oggi destina più risorse della media del Paese all’assistenza ospedaliera, esistono ampi margini per intervenire in questa direzione.

E’ pertanto necessaria la condivisione dell’assunto culturale che soltanto la conoscenza del bisogno reale consente l’individuazione e l’eliminazione della domanda indotta, per cui l’appropriatezza è da

ricercare non solo nella risposta erogativa, quanto anche, e soprattutto, nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, va poi ricercata la modalità dell'intervento nonché l'ambito di cura più appropriato nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante di percorsi egualmente efficaci.

Si deve sostanziare quindi la ricerca dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica, attraverso l'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise e la ricerca dell'appropriatezza, con l'utilizzo di appositi indicatori di struttura, processo ed esito, nell'ambito della cura attraverso l'elaborazione di percorsi assistenziali condivisi per macropatologie.

L'appropriatezza dell'ambito di cura impone che la rete di offerta sia configurata quale un insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio e, pertanto, la modalità di produzione dell'offerta sia individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera: L'appartenenza all'uno o all'altro livello non deve contenere più elementi di divisione, di funzioni o attività, ma deve rappresentare soltanto una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio – assistenziale - sanitaria calibrata sul reale bisogno di salute.”

Tutto questo presuppone la creazione di un “Distretto forte” con un ruolo centrale nel sistema di conoscenza del bisogno reale dei cittadini e di governo dei percorsi di soddisfacimento della domanda, per la cui compiuta definizione si rinvia al paragrafo “Area distrettuale: modelli organizzativi del nuovo distretto sociosanitario”.

Ed ancora: “Per ottenere questo è anche indispensabile elaborare strategie volte a creare un rapporto di partnership tra Medici di Medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS) ed Azienda, attraverso un mutamento culturale dei rapporti che intercorrono tra azienda e professionisti per giungere alla definizione di obiettivi comuni di salute, all'elaborazione di percorsi condivisi ed alla progressiva introduzione del concetto di “Gestione Controllata delle Risorse”.

Si vuole proporre in modo nuovo il ruolo del territorio, recuperando una posizione centrale dei MMG e PLS che garantiscano un approccio centrato sulla persona.

I MMG e PLS in sinergia con il personale dei distretti, sono il punto di riferimento primario nella gestione della persona, progettando i profili di assistenza a livello distrettuale insieme a tutti gli altri servizi individuati nella gestione del caso. Si potrà così potenziare “la Presa in Carico” attraverso un percorso verso cui indirizzare la persona, che tenendo conto da un lato delle Linee Guida e dall'altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi, riesca a limitare l'accesso a prestazioni e servizi impropri.”

La fragilità anagrafica (invecchiamento) in regione Campania è associata ad una non trascurabile fragilità sociale della popolazione che comporta un carico assistenziale notevole, sia in termini di risorse umane che di risorse economiche impiegate.

Dal 2004 si registra in Campania una inversione di tendenza del PIL con un *gap* considerevole sia rispetto ad altre Regioni ma anche realtà dello stesso Mezzogiorno; il ritardo della diffusione della *Information Technology*, lo squilibrio tra domanda ed offerta in campo lavorativo ha portato dal 2005 ad un considerevole rallentamento della crescita economica, con allarmanti fenomeni di lavoro sommerso e di sotto-occupazione.

I dati di popolazione, la densità abitativa regionale, il basso livello di scolarizzazione, le condizioni socio-economiche e di disagio sociale così come descritte nell'introduzione al presente Piano fanno sì che l'*empowerment* del paziente, presupposto dei modelli assistenziali più evoluti, risulti di difficile attuazione nel contesto campano con una conseguente ed inevitabile attrazione verso bisogni e consumi sanitari indotti.

L'evoluzione delle cure primarie verso l'adozione degli strumenti del governo clinico

L'attuale organizzazione del sistema sanitario regionale prevede l'attribuzione al MMG del ruolo di unico decisore/prescrittore, cosa che consente di attribuire interamente ad una sola figura la responsabilità economico-finanziaria dei consumi sanitari dei propri assistiti.

Questo modello pur valido per gli anni trascorsi ha ben presto evidenziato alcune contraddizioni che sono emerse vista la diversità di fini delle cure primarie rispetto alle cure di secondo e terzo livello. Le trasformazioni che si sono verificate nel sistema hanno determinato lo spostamento da un modello lineare e unidirezionale - com'è quello del *gatekeeper* - a un variegato sistema di accesso alle cure costituitosi nella zona di confine tra territorio, strutture ambulatoriali e ospedale.

Si sostituisce, a un unico responsabile dell'accesso ai servizi (il Mmg- *gatekeeper*-prescrittore unico), una pluralità di agenti che si scambiano ruoli decisionali nell'erogazione di prestazioni sempre più diversificate. Una parte consistente di queste prescrizioni tuttavia ricade impropriamente sul medico di famiglia, nel senso che una percentuale considerevole delle ricette del Mmg deriva dalle scelte diagnostico-terapeutiche di altri componenti del sistema prescrittivo territoriale operanti al di fuori di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali mancanti in tutto il territorio regionale.

L'evoluzione dei sistemi sanitari con l'intervento di numerose professionalità intorno al paziente-utente comporta una perdita della responsabilità diretta nella induzione della domanda; i processi di produzione e distribuzione dei servizi sanitari si svolgono attraverso reti di relazioni complesse e scarsamente gerarchizzabili fra organizzazioni e professioni diverse, in cui nessuno dei numerosi attori può esercitare la funzione di comando e controllo e, parallelamente, non esiste un unico soggetto cui imputare responsabilità complessive.

Il contesto delle forme associative delle Cure Primarie

In regione Campania esiste un'altissima percentuale di forme associative (medicine di gruppo, associazioni in rete, associazioni semplici), nonché una percentuale molto alta di medici aderenti a cooperative mediche. Tali forme associative previste dagli accordi vigenti sia nazionali che regionali rappresentano una risorsa aggiuntiva in termini organizzativi, di supporto e di formazione per la medicina territoriale, ma hanno fondamentale bisogno dello sviluppo di:

- *network* informatico esteso e ramificato in tutta la struttura del Sistema di Erogazione dell'Assistenza, deputato, da una parte, allo scambio d'informazioni tra gli operatori sanitari nei diversi livelli, dall'altra, alla produzione di dati da convogliare in *report* gerarchizzati da utilizzare sia per il governo della dinamica tra domanda ed offerta di prestazioni (*out-come* economici), che per la valutazione degli *out-come* clinici (*clinical governance*).
- modello culturale condiviso, costantemente riferito alle prove di efficacia (EVIDENCE BASED MEDICINE).

L'attuale assetto organizzativo della Medicina Generale, sicuramente ricco di esperienze significative, nasce da una volontà autonoma degli stessi operatori. Per l'evoluzione dal lavoro "in solo" al lavoro "in team" ha sicuramente bisogno di una mappatura che ne ridisegni la distribuzione, ove necessario, per renderla utile complementare alle trasformazioni necessarie a riprogrammare gli assetti Territorio-Ospedale in Regione Campania. Tale evoluzione deve essere determinata attraverso forme contrattuali che, sollecitando meccanismi motivazionali facciano evolvere le attuali organizzazioni verso modelli più rispondenti ai nuovi obiettivi.

3. 2 Le azioni preliminari da realizzare

Riorganizzazione della rete dei presidi di Continuità Assistenziale e degli Ambiti di Assistenza Primaria

Con DGRC n. 2128 del 20.06.2003 di recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale sono stati definiti, all'art. 3 del Capo III – Continuità assistenziale - i criteri per la razionalizzazione del servizio.

Questi si fondano essenzialmente: sulla “distrettualizzazione” del servizio, per cui è previsto almeno un presidio per ciascun distretto, che potrà essere affiancato, previa programmazione regionale, da uno o più presidi satelliti; sull’individuazione delle zone disagiate, la cui identificazione è di competenza del Comitato ex art. 24, tenendo conto della dislocazione, dell’idoneità dei presidi e dei mutamenti che dovessero rendersi necessari per il miglioramento del servizio.

Con DGRC 1570/2004 recante “Definizione dell’organizzazione regionale dei presidi di emergenza ed urgenza territoriale (118) di cui alla DGR 2343/03 – disposizioni procedurali ed indirizzi operativi” sono stati indicati – allegato D – i criteri per la determinazione della dotazione organica dei presidi di continuità assistenziale.

Con la DGRC n.1917 del 5.12.2008 sono state apportate modifiche alla DGRC 1570/2004 ai sensi dell’art. 83 comma 2 della legge regionale n. 1 del 30.01.2008 - legge finanziaria regionale 2008 – e sono stati definiti i criteri per la determinazione delle dotazioni organiche per il Servizio di Continuità Assistenziale nelle aree a bassa densità demografica e geograficamente disagiate. È pertanto necessario che il nuovo assetto della rete dei Presidi di continuità assistenziale (C.A.) della Regione Campania tenga conto delle modifiche introdotte dalle norme e delibere sopra citate.

Tenuto conto, altresì, della riorganizzazione degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali della Campania di cui alla DGRC n. 505 del 20 marzo 2009 e della ridefinizione degli ambiti distrettuali di cui al presente Piano, è necessario rimodulare l’attuale rete dei presidi di Continuità assistenziale tenendo conto dei seguenti criteri:

- aree a popolazione sparsa;
- caratteristiche geomorfologiche del territorio e della rete viaria di collegamento;
- distanza dagli ospedali, dalle postazioni PSAUT e SAUT.
- presenza di almeno un presidio in ciascun distretto;
- assegnazione di un numero di unità di personale che, tenuto conto dell’organico complessivo così come definito nella DGRC 1570/2004 e distribuito dalla DGRC 1917/2008 assicuri per ciascun presidio un numero di medici possibilmente non inferiore ad otto, per garantire la presenza di almeno due medici per ciascun turno di servizio.

È affidato al management aziendale il compito, entro 90 giorni dall’adozione del presente Piano, alla luce delle considerazioni e dei vincoli sopra descritti e nel rispetto delle disposizioni regionali già vigenti, di procedere al monitoraggio delle attività svolte all’interno dei Presidi attivati utilizzando affidabili indicatori di efficienza e di efficacia utili a misurare l’attività e le prestazioni erogate dai medici di Continuità Assistenziale nei singoli presidi attivati e conseguentemente adottare ogni opportuna iniziativa al fine di promuovere una complessiva riorganizzazione e riqualificazione del servizio.

Dovrà essere realizzato, quale strumento finalizzato alla razionalizzazione dell’organizzazione dei servizi, il coordinamento con i medici di medicina generale e le altre figure professionali che operano nell’ambito dell’assistenza territoriale, quali gli specialisti ambulatoriali ed i pediatri di libera scelta, l’attivazione di specifiche iniziative di formazione condivise con le componenti di rappresentanza dei medici di C.A..

Dovranno essere adottate misure atte a scoraggiare l’utilizzo improprio dei medici della Continuità Assistenziale in situazioni tipiche dell’emergenza-urgenza medica e psichiatrica; l’eventualità di istituire un numero unico di chiamata, centralizzato almeno a livello di territorio ASL, che sia portato a conoscenza dei cittadini mediante le opportune iniziative; la definizione di linee guida o protocolli operativi per i medici addetti alla Continuità Assistenziale, che consentano di gestire nella maniera più efficiente l’attivazione dei servizi di assistenza a seguito delle chiamate ricevute; l’attivazione delle necessarie misure organizzative per il perfezionamento dei percorsi finalizzati a garantire l’assistenza più idonea al paziente, anche mediante il coordinamento con la centrale operativa 118; la dotazione di locali idonei per l’attività dei medici.

Potrà, in tale contesto, risultare utile e proficua la condivisione del piano di dislocazione dei presidi di C.A. con la Conferenza dei Sindaci dei Comuni afferenti e con le associazioni a difesa dei consumatori individuate dal D. Legislativo 206/2005.

Dovrà inoltre essere prevista la riorganizzazione degli ambiti territoriali di Assistenza primaria in coerenza con il nuovo assetto territoriale dei Distretti e degli Ambiti sociali.

3.3 La riorganizzazione complessiva delle cure primarie

Le leve di miglioramento della qualità delle Cure Primarie

La necessità di ottimizzazione delle risorse disponibili nel sistema impone, quindi, l'adozione e la condivisione responsabile da parte di tutti gli attori del sistema dei concetti di "percorso assistenziale" e di "responsabilità" dei medici di medicina generale verso gli assistiti dell'attivazione del percorso stesso. In contemporanea attribuisce alle Aziende il compito della definizione di procedure per assicurare l'appropriatezza e la continuità del percorso assistenziale, garantendo in particolare il coinvolgimento della medicina generale ma, più in generale, l'integrazione all'interno del territorio e fra il territorio e l'ospedale.

Quindi il sistema sanitario regionale afferma e garantisce la presa in carico del bisogno sanitario e individua il percorso assistenziale come riconoscimento di un diritto soggettivo all'assistenza sanitaria.

Attraverso la medicina convenzionata il percorso assistenziale da affermazione di un diritto si traduce in percorso organizzato e diventa configurazione della espressione di un governo clinico allocato all'interno della cornice definita, per il medico convenzionato, dalla convenzione nazionale di riferimento.

Il governo clinico è una politica sanitaria che richiede una assistenza integrata e multidisciplinare centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale, sull'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, sulla responsabilizzazione del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

È quindi possibile individuare le leve di miglioramento della qualità delle cure primarie sia tra le *leve di governance* (dimensione strategica) volte al contemperamento degli interessi dei diversi attori verso gli obiettivi di qualità delle cure primarie, che tra le *leve di gestione*, (dimensione operativa), intese come l'insieme delle azioni poste in essere per perseguire gli obiettivi definiti a livello strategico. I principali strumenti della *governance* strategica sono stati già ampiamente descritti nel capitolo dedicato agli strumenti di programmazione territoriale/distrettuale (Pal/Pat), mentre in questo capitolo è necessario soffermarsi sulla dimensione strategica della contrattazione regionale nell'area della medicina convenzionata e sull'avvio del processo di valutazione e di miglioramento continuo delle cure primarie. Le conseguenti azioni operative tendono quindi alla "messa in esercizio" degli strumenti descritti negli AACNN che valorizzano le diverse forme organizzative, tra le quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali e l'implementazione di un efficiente sistema di monitoraggio che consenta di misurare, in termini di indicatori di processo ed esito, il raggiungimento di obiettivi di salute concordati a livello regionale.

Sarà quindi possibile mettere a regime i processi d'integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informatico/informativo (Information Communication Technology). Meritevole di attenzione, nel quadro generale delle azioni di sistema, la valorizzazione delle formazione continua in Medicina Generale.

Preliminarmente, è di particolare importanza che il MMG ed il PLS partecipi attivamente alla realizzazione di buona parte delle attività previste dal Piano regionale di prevenzione. Tali indicazioni sono coerenti agli attuali indirizzi dell'OMS e del Ministero della Salute. In tal senso sarà orientato il nuovo Accordo Regionale che dovrà prevedere altresì l'attivazione di forme associative evolute, che saranno in seguito descritte, che si configurano come un presupposto essenziale per garantire migliori servizi ai cittadini. Inoltre, si ritiene che il nuovo Accordo debba favorire la costruzione di percorsi assistenziali che determinino l'integrazione dell'ospedale con l'assistenza primaria, sia nel percorso

preospedale, sia all'atto della dimissione (dimissione assistita), attraverso strutture e modalità organizzative (per la cui realizzazione un ruolo fondamentale riveste il livello distrettuale), e l'attivazione di progetti di presa in carico da parte dei MMG per le patologie croniche a più alta incidenza.

Diviene dunque irrinunciabile, a garanzia dei soggetti più fragili, la piena partecipazione del MMG alle Unità valutative per la caratterizzazione del bisogno e la pianificazione dell'assistenza nei diversi setting attivabili (ADI, Dimissione protetta, RSA ecc.).

Rilevante risulta essere anche il tema dell'educazione continua in medicina. Lungi dall'essere un mero obbligo contrattuale, la programmazione e la realizzazione delle attività formative aziendali e distrettuali non potrà non tenere conto degli obiettivi strategici tracciati nel presente Piano e dovrà prevedere periodiche attività di audit clinico diretto a valutare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate. A queste attività sarà necessario associare l'introduzione nella pratica professionale di criteri di efficienza e di meccanismi di controllo e valutazione delle prestazioni e dei risultati, il cui governo è affidato alla Regione.

Infine, per poter valutare compiutamente la validità delle azioni poste in essere nell'arco del triennio di vigenza del presente Piano deve essere messo a punto un sistema informativo per l'assistenza primaria, al quale il MMG dovrà obbligatoriamente partecipare (debito informativo), contribuendo all'alimentazione ed alla popolazione di specifici data base mediante fornitura di dati utili alla costruzione di sistemi di reporting integrati e funzionali ai processi di "*clinical governance*" sui quali misurare il raggiungimento di obiettivi di salute concordati a livello regionale cui legare il riconoscimento della piena remunerazione prevista dall'Accordo regionale.

L'evoluzione del ruolo del Medico di Medicina Generale

E' necessario, quindi, che si stabiliscano anche alcuni principi tesi alla riorganizzazione complessiva della rete assistenziale territoriale per quanto concerne le cure primarie; riorganizzazione governata dal Distretto Sanitario e che conduca, inizialmente, allo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, e successivamente, delle Unità Complesse di Cure Primarie e delle SPS, strutture nelle quali operino medici di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale, di Specialistica Ambulatoriale e Pediatri di Libera Scelta. Salvaguardando la capillarità dell'assistenza sul territorio, caratteristica precipua dell'Assistenza Primaria, che dovrà operare esclusivamente in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), e punto di forza dell'assistenza territoriale laddove è l'offerta prestazionale che va incontro alla domanda di salute da governare, le UCCP saranno il caposaldo della nuova realtà assistenziale territoriale e potranno diventare operative soltanto dopo una sperimentazione su scala ridotta, che consentirà l'adozione di opportuni correttivi ad eventuali criticità emergenti.

L'intento di ricollocare alcuni percorsi assistenziali al livello territoriale, così da ridurre gli accessi impropri ad un livello di cure più elevato potrebbe essere vanificato dalla mancanza sul territorio di punti di riferimento per i cittadini/pazienti con conseguente ricerca di prestazioni sia con modalità protette che con modalità "*out of pocket*" appannaggio di classi sociali a reddito più elevato con disparità evidenti di accesso alle cure.

I modelli perseguibili per il raggiungimento delle finalità del sistema sono il risultato dell'intreccio di due variabili sempre presenti nel lavoro quotidiano del medico di medicina generale: il governo della domanda e la produzione dei servizi.

Superato il modello del ruolo tradizionale del MMG, ormai storicamente messo da parte e quello del medico "*gatekeeper*" per quanto riportato in precedenza, restano da perseguire due soli altri modelli: il medico fornitore di cure primarie ed il medico integratore di cure primarie.

Il Fornitore di Cure Primarie si pone al pari degli altri soggetti come centro di offerta. Non gli viene tanto chiesto di porsi come controllore dei consumi dei propri assistiti (cosa demandata ai distretti o alla ASL) ma come fornitore egli stesso, nell'ambito del proprio ambulatorio di una serie di prestazioni, integrandosi con altre figure professionali.

In Regione Campania si è fin ora configurato per il MMG un ruolo complesso, che integra produzione e governo della domanda, per quanto l'enfasi dei documenti sia maggiormente sui contenuti di gatekeeping rispetto a quelli di produzione; a tendere, è proponibile, anche nella nostra Regione, un ruolo di integratore di cure primarie, che bilancia secondo la sua professionalità i contenuti di produzione e governo della domanda.

I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

L'espressione "percorso diagnostico terapeutico assistenziale" (PDTA) può essere succintamente così definita:

- il termine "percorso", più di altri termini, rende ragione sia dell'esperienza del cittadino/paziente, sia dell'impatto organizzativo che lo strumento dei PDTA può avere nella realtà aziendale che lo utilizza;
- i termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" consentono di affermare la prospettiva della presa in carico attiva e totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute, per la gestione del quale, spesso, diventano necessari interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

In tal senso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali rappresentano la contestualizzazione di Linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili. I PDTA sono quindi modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità. I PDTA sono, quindi, strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

Con il presente piano la Regione promuove la scelta del PDTA quale strumento valido per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici a bassa e media complessità, capace di migliorare gli *outcome* e la qualità di vita, di ridurre i ricoveri impropri, di evitare il *follow-up* specialistico immotivato, di promuovere l'approccio multidimensionale e multidisciplinare come superamento del più comune approccio monospecialistico. All'interno del percorso assistenziale un ruolo fondamentale viene assunto dal paziente, che viene posto al centro con i suoi bisogni di salute, valorizzando pienamente le sue potenzialità di autogestione della patologia (*self care*). Attraverso l'*empowerment* del paziente, come ormai dimostrato in numerosi studi internazionali, si ottiene una migliore compliance alle terapie ed al percorso assistenziale. Inoltre i fattori sociali, oggi meglio noti come determinanti sociali delle malattie, quali il livello socioeconomico ed il grado di istruzione, hanno un impatto molto alto nel modificare l'andamento delle malattie croniche. La scarsa aderenza alle terapie può essere migliorata, soprattutto, intervenendo sulla comunicazione medico-paziente, per cui è necessario che i pazienti sviluppino piena conoscenza della malattia stessa e dei rischi ad essa connessa, arrivando a comprendere l'importanza delle terapie e di stili di vita corretti in un'ottica di prevenzione a lungo termine.

È compito della Regione, entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente Piano, fornire alle Aziende Sanitarie Locali le Linee Guida per la costruzione dei PDTA, con l'obiettivo di mettere a disposizione delle AASSLL una definizione condivisa ed operativa di "percorso diagnostico terapeutico assistenziale" e insieme di identificare e descrivere i requisiti minimi che devono necessariamente essere presenti se si intende attuare un percorso di cura all'interno di una azienda sanitaria della regione.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei MMG e dei PLS

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali, così come previste dagli Accordi Collettivi Nazionali, rappresentano la prima forma di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta .

Esse hanno carattere territoriale ed infra-distrettuale con un bacino di utenza fino ad un massimo di 30.000 assistiti e con esse si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici (di medicina generale e Pediatri di libera scelta) per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

L'obbligatorietà della partecipazione alle AFT presuppone che la Regione, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individui le aggregazioni funzionali sulla base dei criteri definiti nei rispettivi contratti nonché le modalità di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali e la scelta del delegato/coordinatore.

Gli obiettivi delle AAFFTT sono riconducibili alla necessità di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

L'aggregazione funzionale persegue le proprie finalità attraverso l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione; la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi; la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale .

Le Azioni che sarà necessario porre in essere per la compiuta realizzazione delle AFT possono così sintetizzarsi:

- individuazione delle aree e dei raggruppamenti di ciascuna AFT.
- integrazione sul piano funzionale dell'attività del medico di famiglia con quella del medico di continuità assistenziale.
- collegamento funzionale con la porta unica di accesso (PUA) tale da garantire un'adeguata integrazione socio sanitaria. Il MMG incanalerà il paziente nel PDTA più appropriato.
- Creazione di reportistica che rilevi la capacità di governo della domanda di assistenza dei MMG rispetto a determinati problemi di salute, individuandone le criticità, e creando i presupposti del *pay for performance*.
- Promozione di modelli culturali condivisi quali l'EBM che consentono di affrontare le problematiche della salute con comportamenti di riprovata efficacia derivanti da studi scientifici indipendenti. L'appropriatezza (fare bene le cose giuste) che ne deriva proteggerà i pazienti dal danno di un'eccessiva medicalizzazione dei loro problemi.
- Condivisione dei database dei MMG in una rete territoriale affinché tali informazioni rappresentino, per gli altri livelli assistenziali, uno strumento di buona pratica clinica. La banca dati comune sarà utile ad affrontare la gestione di alcune criticità assistenziali: codici bianchi, gestione della cronicità e della fragilità, integrazione socio-sanitaria.
- Condivisione nella produzione di eventi formativi che creino consapevolezza del ruolo "centrale"

del MMG nei percorsi diagnostici terapeutici.

- Valorizzazione del personale di studio, dando sostegno agli aspetti che aumentano la capacità di integrazione professionale tra i medici di medicina generale.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei MMG e dei PLS saranno in grado di realizzare processi assistenziali condivisi in grado di dare risposta territoriale a bisogni complessi di assistenza e devono rappresentare il *core* dell'assistenza di primo livello a cui l'aggiunta del *peripheral* rappresentato dall'attività della specialistica territoriale determinerà la naturale evoluzione verso le UCCP.

La contrattazione regionale definirà i bacini di utenza, le modalità per la partecipazione e per la scelta del delegato/coordinatore.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali degli Specialisti Ambulatoriali e degli Psicologi convenzionati

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici Specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati sono anch'esse previste dall'Accordo Collettivo Nazionale ed anch'esse mirano a realizzare alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici Specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Anche in questa ipotesi l'obbligatorietà della partecipazione alle AFT presuppone che la Regione, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individui le aggregazioni funzionali sulla base dei criteri definiti nel contratto nonché le modalità di partecipazione dei medici e degli psicologi alle aggregazioni funzionali e la scelta del coordinatore.

Gli obiettivi delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici Specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati sono riconducibili alla necessità di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione interdisciplinare e con l'assistenza ospedaliera;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance", sia tra i professionisti appartenenti alla stessa branca, sia tra i professionisti appartenenti a branche diverse impegnati nell'affrontare problemi comuni sotto il profilo diagnostico, clinico e terapeutico;
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

L'aggregazione funzionale persegue le proprie finalità attraverso l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione; la condivisione delle proprie attività con l'Azienda o il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi; In questo contesto, il responsabile di branca può svolgere una funzione di integrazione e coordinamento tra professionisti della stessa branca in particolare qualora gli stessi appartengano ad aggregazioni funzionali diverse; la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale .

La contrattazione regionale definirà i bacini di utenza, le modalità per la partecipazione e per la scelta del coordinatore.

Saranno definiti in ogni distretto sanitario, a seconda delle locali possibilità organizzative, dei bisogni e delle risorse disponibili, percorsi dedicati per alcuni gruppi di patologie di particolare impatto sociale e sanitario quali il diabete, lo scompenso cardiaco, le malattie neurologiche, i tumori e collegamenti funzionali con le Unità Operative dei Presidi ospedalieri Territoriali o delle Aziende Ospedaliere di rilievo regionale e/o nazionale.

La valutazione degli obiettivi sarà legata a parametri che tengano conto dei costi generali, dell'efficacia e produttività del servizio, dell'economicità della gestione, della qualità delle prestazioni.

Le Cooperative Mediche: interlocutori privilegiati per la realizzazione delle Unità Complesse di Cure Primarie

Le società di servizi, anche cooperative, dei Medici di Medicina Generale sono previste negli AA.CC.NN. per la Medicina Generale e nell'Accordo Integrativo Regionale del 2003, tuttora vigente.

In Campania la presenza di queste realtà societarie è ormai consolidata, anche in forma consortile. Si tratta di cooperative di servizi a prevalente scopo di mutualità organizzativa sia per la fornitura dei fattori produttivi (organizzazione logistica, personale di studio, informatizzazione), sia per l'organizzazione di percorsi formativi anche mediante l'utilizzo dei data-base di popolazione in loro possesso che racchiudono la realtà sanitaria locale con i relativi bisogni assistenziali.

Possono, infatti, progettare ed implementare sistemi di reporting integrati e funzionali ai processi di "clinical governance" con:

- Indicatori di accesso alle prestazioni;
- Indicatori di mobilità sanitaria;
- Indicatori per processi assistenziali.

In Campania la rete di Cooperative copre l'intero territorio regionale con notevoli livelli di organizzazione e di coordinamento, essendo l'unica realtà in cui il Servizio Sanitario ha ritenuto di costituire un Albo Regionale nel quale sono registrate, con compiti e prestazioni definite in specifici capitoli dell'Accordo Integrativo Regionale.

È opportuno quindi considerare tali forme associative quali i naturali interlocutori per il passaggio dalle Aggregazioni Funzionali territoriali e dalle attuali forme organizzative della Medicina Generale verso forme organizzative più complesse quali le UCCP grazie a:

- Promozione e gestione dell'organizzazione strumentale dello studio del medico;
- Promozione e gestione della disponibilità, anche in part-time, del personale di studio;
- Promozione e gestione dell'informatizzazione degli studi professionali;
- Promozione e gestione delle banche dati clinici di popolazione indispensabili alla gestione della cronicità.
- Supporto organizzativo alla gestione di patologie ad alto impatto sociale (PDTA);
- Interlocuzione progettuale e gestionale con tutti i soggetti istituzionali ed imprenditoriali operanti nell'area dell'assistenza primaria. Questa funzione indispensabile a un ruolo partecipativo e gestionale della medicina generale nel SSR necessita appunto di società con personalità giuridica, senza fine di lucro e con porta aperta come le cooperative.

Le cooperative dei medici di MG non possono essere trascurate in una progettazione e gestione di nuove Unità Organizzative delle cure primarie, partendo dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali e dalla loro evoluzione come primo livello assistenziale della Medicina Generale fino a giungere alle UCCP previste nell'ACN vigente o alle SPS previste nel Piano Ospedaliero Regionale.

Pertanto come previsto negli stessi AA.CC.NN. le società di servizio cooperative diventano interlocutori preziosi e insostituibili per l'offerta nella Medicina Generale di progettazione, strutturazione e gestione delle UCCP.

3.4 L'integrazione Ospedale – Territorio

Le Strutture polifunzionali per la salute e l'Ospedale di Comunità

Come descritto nel Decreto del Commissario ad Acta n. n. 49 del 27.09.2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia...", la riconversione di piccoli ospedali o di aree ospedaliere obsolete può rappresentare in generale una buona opportunità per potenziare la rete dei servizi territoriali.

Negli stabilimenti delle strutture dismesse o riconvertite in ospedali con funzione riabilitativa o ancora resisi disponibili per la confluenza di uno o più Ospedali in un'unica sede le ASL provvedono, utilizzando gli spazi a disposizione, ad offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza incentrate sui sistemi di "cure primarie".

Negli stabilimenti delle strutture dismesse o riconvertite in ospedali con funzione riabilitativa o ancora resisi disponibili per la confluenza di uno o più ospedali in un'unica sede le Aziende Sanitarie Locali provvedono, utilizzando gli spazi a disposizione, ad offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza extraospedaliera incentrate sui sistemi di "cure primarie" volte a garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute.

Pertanto laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini, vanno allocate piattaforme territoriali attrezzate denominate "strutture polifunzionali per la salute" (SPS).

La SPS si identifica con una sede fisica e rappresenta un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Essa costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e i cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di "salute", sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità. Si tratta pertanto di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

Il modello SPS, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del distretto sociosanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il Sistema sanitario regionale e il cittadino, nonché per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria propri del distretto.

Nell'ambito delle SPS possono essere pertanto allocati :

- ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale;
- la sede del coordinamento delle attività comuni a tutti i medici di famiglia, sia che agiscano all'interno sia che mantengano gli studi medici al di fuori della ex struttura ospedaliera e per attività quali: raccolta di dati epidemiologici, definizione di programmi e di protocolli terapeutici, approfondimenti sui temi specifici quali uso dei farmaci, interventi di educazione alla salute dei

cittadini...;

- la sede della attività di continuità assistenziale;
- la sede delle attività di PSAUT (emergenza territoriale – 118) i cui contingenti sono definiti nella tabella 6) del presente documento. Per tali presidi si dovranno garantire i collegamenti con la rete delle elisuperfici da programmare con successivi provvedimenti.
- ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati;
- ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione, e che utilizzano specialisti convenzionati;
- ambulatori di radiologia e laboratori di analisi;
- la sede del coordinamento delle cure domiciliari;
- le strutture residenziali territoriali (Ospedale di Comunità (OdC), Residenza Sanitaria, Centro dei disturbi alimentari, hospice, ecc.);
- servizi socio-sanitari che possono essere variamente rappresentati dei diversi bisogni dalle comunità in funzione dei vincoli di programmazione.

La condivisione di spazi e di attrezzature tra i diversi attori permette una ottimale fruizione degli stessi, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività assistenziale e la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile; rappresenta, inoltre, la base per l'ulteriore sviluppo e utilizzo di sistemi informatici, di telemedicina e teleconsulto.

La esigenza di istituire OdC anche in Campania, dopo vantaggiose esperienze progressivamente replicate nella maggioranza delle regioni italiane a far data dal lontano 1995, attualmente è ancora più sentita alla luce del processo di riduzione dell'offerta ospedaliera di posti letto e conseguentemente dei ricoveri ordinari per acuti, il che impone una riqualificazione in tempi brevi dell'offerta dell'assistenza intermedia che si colloca fra la rete dei servizi domiciliari e gli ospedali tradizionali.

L'OdC è una struttura sanitaria che eroga prestazioni in regime residenziale con una distribuzione diffusa sul territorio. Come modello socio-sanitario territoriale potrebbe essere definito anche "Ospedale di Distretto", vista la sua collocazione nel tessuto dei servizi distrettuali, integrandosi in un rapporto di forte collaborazione in particolare con l'ADI e le RSA. Rispetto a queste ultime si differenzia per ricoveri "brevi" (15/30 gg.) destinati a pazienti con patologie più complesse che richiedono una maggiore medicalizzazione. Tale attività, per essere espletata con le opportune garanzie assistenziali e di sicurezza dei pazienti, viene attuata in una struttura sanitaria attrezzata per effettuare autonomamente indagini strumentali e di laboratorio e dotata necessariamente di ulteriori e specifici requisiti (impianto gas medicali, ecc.).

L'OdC costituisce un modello organizzativo alternativo alle risposte assistenziali tradizionali, rappresentando un luogo in cui si ricoverano pazienti, soprattutto anziani (vedi tabella), che necessitano di un'alta protezione e stabilizzazione della persona, in un'ottica di gestione multiprofessionale, con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere case-manager.

L'OdC rappresenta, pertanto, l'anello mancante nel percorso assistenziale dei pazienti con un bisogno di cure non praticabili al proprio domicilio in ADI, ma il cui ricovero in un ospedale tradizionale, attrezzato per l'esecuzione di interventi diagnostico-terapeutici di elevata specializzazione e complessità, appare inappropriato. Svolge, quindi, una funzione di filtro territoriale per i ricoveri ospedalieri d'urgenza impropri, strategica nel sistema dell'emergenza sanitaria, caratterizzato da elevata complessità e grande

impiego di risorse. Come è noto a tutti, per essere efficace l'emergenza deve essere organizzata e gestita per rispondere esclusivamente alla domanda di salute del paziente con problemi urgenti e gravi (emergenza complessa). Deve essere cioè distinta dal sistema di offerta organizzato per far fronte ai bisogni di salute comuni, medio-gravi e programmabili. L'OdC, pertanto, collabora nel detendere il sovraccollamento dei Pronto Soccorso e delle correlate unità di degenza (fenomeno delle barelle nelle medicine), con indubbi vantaggi operativi ed economici che ricadono a cascata sull'intero sistema sanitario regionale.

Inoltre il ricovero nell'OdC è previsto anche per quei casi che, avendo esaurito il percorso ospedaliero di elevato contenuto tecnologico durante la fase acuta, necessitano ancora di un periodo di stretta sorveglianza clinica finalizzata al recupero dell'autonomia in tempi brevi (15-20 giorni). Tale procedura consente di graduare il livello di assistenza evitando, in tal modo, la soluzione di continuità che ancora oggi esiste tra la degenza ospedaliera ed il rientro al proprio domicilio.

Benchè nell'OdC siano attivati posti letto a basso costo, si evidenzia che il tipo e la qualità delle procedure sanitarie erogate in tali presidi risulta essere perfettamente appropriato alle patologie trattate e pertanto l'assistenza fornita è sovrapponibile a quella di un ospedale tradizionale. A ciò si aggiunge, che gli utenti dell'OdC fruiscono di una ulteriore assistenza socio-sanitaria, necessaria per il recupero psico-fisico in tempi brevi del paziente, in particolare se rientra tra le categorie cosiddette "fragili".

Opportuna appare anche la scelta di distribuire gli OdC sul territorio con una valenza distrettuale, al fine di localizzarli in prossimità della residenza dei ricoverati, evitando in tal modo traumatici distacchi dal contesto territoriale e socio-familiare.

Il contenimento dei costi rappresenta un altro elemento caratterizzante e qualificante nella realizzazione di questa esperienza. E' possibile individuare per l'OdC una fascia ben precisa di costo per posto letto/die, desumibile dalla media delle esperienze esistenti al momento sul territorio italiano, più economica se confrontata con quella stabilita per la lungodegenza (qualora si paragona con la stessa area di patologia che corrisponde al drg dell'area della cronicità), o nettamente inferiore al costo posto letto/die degli ospedali tradizionali/alta specializzazione. Inoltre questo tipo di modalità assistenziale consente di ridurre fortemente una serie di costi sociali che solitamente gravano sul contesto familiare dell'ammalato. Pertanto, è possibile individuare per un OdC (di trenta posti letto parametrato ad un bacino d'utenza distrettuale), configurando degenze medie di circa 15 giorni, un risparmio economico annuo della spesa sanitaria superiore ad € 4.000.000,00 (quattromilioni/00) rispetto agli attuali costi per trattare le medesime patologie in maniera tradizionale

L'elemento di forza dell'OdC è dato dalla gestione diretta dei posti letto affidata ai Medici di Medicina Generale (MMG), che gestiscono tutto il percorso sanitario del paziente dal ricovero alla dimissione, assumendosene la responsabilità clinica. Inoltre è esaltata la multiprofessionalità nella gestione del paziente ed in particolare è valorizzato il ruolo dell'infermiere chiamato a svolgere una funzione di case-manager, strategica per l'impianto dell'OdC.

L'ammissione alla struttura è riservata prioritariamente a persone anagraficamente residenti nei Comuni facenti parte del Distretto. Il trasferimento in degenza OdC è richiesto dal MMG se il paziente si trova al proprio domicilio, oppure dal medico ospedaliero, previa informazione e valutazione del MMG, se il paziente è ricoverato presso un ospedale per acuti. Si provvede alla formulazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI), sulla base delle necessità assistenziali e delle condizioni cliniche del paziente, stabilendo gli obiettivi del ricovero ed il programma di assistenza. La stesura del PAI, che il MMG redige in collaborazione con il medico responsabile dell'OdC (che si prende cura della sua attuazione) e tutto il personale paramedico coinvolto nella gestione del paziente, è finalizzato alla risoluzione in tempi brevi (in media 15, massimo 30 giorni) del problema sanitario. Il PAI viene condiviso con il Responsabile del Dipartimento delle Cure Primarie (per eventuali integrazioni e controlli), ed il paziente. Durante il ricovero, il MMG si può avvalere della collaborazione degli specialisti ambulatoriali nella gestione del caso e controllare periodicamente il paziente che ha in carico mediante accessi programmati.

Il paziente ricoverato presso l'OdC viene dimesso a seguito del raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI, oppure trasferito ad altro ambito assistenziale, qualora questo risulti più adeguato. La dimissione è decisa dal MMG che ha in carico il paziente, collaborato in tale fase dall'infermiere coordinatore per quanto riguarda il setting assistenziale di destinazione (ad es. domicilio, ADI, RSA). Inoltre, il MMG consegna al paziente in dimissione una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito, la terapia in atto alla dimissione ed eventuali suggerimenti necessari per migliorare o conservare lo stato di benessere.

Negli OdC è prevista una capacità recettiva minima di 10 e massima di 30 posti letto. Il sistema di residenzialità è mutuabile da quello per le RSA, così come per i requisiti strutturali e tecnologici. Nel modello organizzativo innovativo dell'OdC sono i MMG che alternandosi garantiscono la continuità dell'assistenza medica nella struttura sia al mattino che al pomeriggio, dal lunedì al sabato mattina. In caso di urgenze è previsto che venga allertato il medico curante della persona ricoverata (esattamente come al domicilio), mentre per le emergenze viene attivato il 118. Di notte e nei festivi si fa ricorso al servizio medico della Continuità Assistenziale. Con la suddetta organizzazione si garantiscono le funzioni sistemiche di continuità assistenziale medica e la copertura dell'emergenza con costi di degenza ridotti.

Il MMG controllerà i pazienti che ha in carico con accessi programmati che dovranno essere effettuati in stabilite fasce orarie. Oltre alle visite del MMG ed alle prestazioni di natura infermieristica, socio-sanitaria e riabilitativa (devono essere previste le figure professionali dell'assistente sociale e del fisioterapista) le ulteriori prestazioni mediche garantite nella degenza dell'OdC sono assimilabili a quelle usufruibili a livello di specialistica ambulatoriale.

La fornitura dei farmaci viene regolamentata con il prontuario terapeutico regionale e/o aziendale relativo agli OdC.

Attività dell'OdC

1. gestione a breve/medio termine di pazienti con patologia cronico-degenerativa (cardiovascolare, respiratoria, ecc.) instabile o riacutizzata, che necessitano di controlli ravvicinati non effettuabili ambulatorialmente o in ADI;
2. gestione a breve/medio termine di pazienti in fase di convalescenza post-acuta o post-chirurgica.

3.5 L' Information Communication Technology (ICT)

L'analisi degli scenari della sanità delle cure primarie dei prossimi anni ci porta a prefigurare un medico di medicina generale (MMG) diverso da oggi e non tanto per una "imposizione" di carattere normativo quanto per le mutate condizioni socio sanitarie ed economiche della popolazione del nostro paese.

La sostenibilità del sistema sanitario a fronte della formidabile crisi economica che stiamo attraversando condiziona e condiziona grandemente l'allocatione di risorse nel settore sanitario con dei risvolti immediati.

Il primo fra tutto sarà proprio la necessità di una medicina territoriale "forte" e ben organizzata, remunerata in base alle performance e quindi di un MMG in grado non solo di gestire al meglio i problemi quotidiani, ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili. Sarà anche necessario istituire la nuova figura di MMG "care manager" operante in un gruppo territoriale multifunzionale, dotato di capacità e di strumenti di governo del sistema.

L'esplosione della epidemia delle "cronicità", inoltre, a partire dalla centralità del rapporto medico di MG/assistito, costringe a sperimentare con rapidità nuovi modelli organizzativi in grado di migliorare i risultati clinici in termini di efficacia ed efficienza, garantendo l'appropriatezza delle prestazioni erogate e

la sicurezza dei pazienti in un contesto di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi tra cure primarie e specialistiche.

Quest'onda di rinnovamento nel comparto delle cure primarie sta coinvolgendo in realtà anche molte altre comunità di General Practitioners in Europa. Infatti, due anni or sono su *Annals of Internal Medicine* è stato pubblicato un articolo così intitolato "*Primary care: the next renaissance*".

Questa "ri-creazione" dovrebbe basarsi su sette fondamentali principi:

- il sistema sanitario deve essere organizzato per rispondere ai bisogni dei pazienti;
- l'obiettivo del sistema delle cure primarie deve essere l'erogazione di un'assistenza di altissima qualità, documentata da risultati misurabili;
- l'informazione e i sistemi informatici devono essere la spina dorsale dell'attività delle cure primarie;
- l'attuale sistema sanitario deve essere ricostruito;
- il finanziamento del sistema sanitario deve supportare cure primarie di eccellenza;
- la formazione nelle cure primarie deve essere rivitalizzata, con una particolare attenzione ai nuovi modelli di erogazione dei servizi e a training effettuato dove si praticano cure primarie di eccellenza;
- il valore della pratica delle cure primarie deve essere continuamente migliorato, documentato e comunicato.

In sintesi: il sistema di cure deve essere centrato sul paziente, i cui dati clinici devono essere gestiti da un sistema informatico evoluto, capace di fornire, misurare e valutare i risultati di salute, sulla base dei quali modulare il salario, *pay for performance*, per una spinta verso il miglioramento continuo delle performance.

In questo complesso contesto è evidente che il MMG avrà (o meglio "ha già") sempre più bisogno di strumenti che lo aiutino (e quindi gli semplifichino) le procedure di verifica di appropriatezza e qualità delle cure erogate e che contestualizzino il suo operato all'interno della sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

Il MMG non può più lavorare attraverso interventi "puntuali e tra loro sordinati", ma ha bisogno di chiedersi e di sapere, per esempio, quanti sono i pazienti con particolari patologie, le loro comorbidità, come essi sono trattati, se hanno raggiunto determinati obiettivi di salute, se hanno criticità gestionali (e quindi se corrono particolari rischi clinici) e tra essi quali sottogruppi generano costi elevati e/o comprimibili con una migliore strategia assistenziale.

A tutto ciò serve un "sistema informativo clinico" (uno dei fondamenti del "Chronic Care Model"), che mediante i dati registrati nella cartella clinica informatica, trasformati prima in indicatori di processo ed esito e poi in informazioni leggibili, permetta ai MMG di operare nella consapevolezza delle proprie azioni e in piena trasparenza rispetto all'amministratore.

La tracciabilità degli eventi e l'analisi epidemiologica saranno dunque le basi del nuovo sistema di cure finanziato in buona parte per obiettivi.

Per tali motivi è indispensabile dotare i medici di MG di strumenti di governo del sistema in grado di:

- elaborare indicatori di performance
- facilitare l'audit singolo o di gruppo
- far emergere criticità clinico-gestionali che potrebbero mettere a rischio i pazienti per interventi carenti, inappropriati o errati
- ottimizzare le terapie, le procedure, il follow-up dei malati cronici e il rispetto delle note AIFA

Tali strumenti dovrebbero mettere a disposizione del medico di MG una serie di indicatori destinati a supportarlo nella verifica della sua attività rispetto alle linee guida e agli standard più diffusi anche in coerenza con le nuove necessità derivanti dal contratto nazionale e/o dagli accordi regionali/ASL. In particolare sarà indispensabile:

- monitorare e valutare (Clinical audit) l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi riguardo ai principali problemi clinico-assistenziali con un set di indicatori di processo ed esito e di confrontarli con i dati disponibili a livello nazionale
- estrarre ed inviare automaticamente all'ASL report dati (cosiddetto "debito informativo")
- registrare ed estrarre i dati in conformità a precisi obiettivi di cura (es: i PDT)
- partecipare a progetti di ricerca clinica (incluso la farmacovigilanza) sia nazionali sia locali, senza interferenze nell'attività clinica quotidiana
- identificare le situazioni che generano rischi suggerendo possibili e praticabili soluzioni, al fine di aumentare la sicurezza dei pazienti (Risk management)
- monitorare i costi (per patologia e per isocomplexità di cura)
- aggiornarsi in base a specifici bisogni formativi emersi durante l'attività di audit
- simulare risultati clinici e/o farmacoeconomici in funzione di modifiche (migliorative o peggiorative) comportamentali/organizzative.

Conclusioni

Un sistema sanitario territoriale, nella sua complessa architettura deve conferire alla Medicina Generale il compito di intercettare i bisogni di assistenza del cittadino e assicurare a questa figura professionale la continuità del ciclo dell'assistenza governando la "domanda di salute".

Il mutato assetto delle condizioni generali della società italiana negli ultimi quindici anni, determina interventi che aggiornino radicalmente e in tempi rapidi il sistema di relazioni di cui il Medico di Medicina Generale si è, fino ad ora, servito ampliando e potenziando i fattori di produzione della sua attività professionale nella direzione disegnata dai dispositivi contrattuali degli Accordi Nazionali e Regionali che si sono succeduti dal 1997 a oggi.

La struttura fisica dei luoghi di lavoro, l'organizzazione e la logistica degli ambulatori, la finalizzazione delle risorse economiche e la composizione del compenso, lo stesso modello formativo vanno adeguati a precise strategie di "assistenza/governo" finalizzate più e meglio di prima, a "gestire" in modo valutabile l'intero Processo di Assistenza e, al suo interno, il delicato e costoso meccanismo di erogazione delle cure per i pazienti malati.

Tale processo di trasformazione non può prescindere dalla necessità di evolvere prima il sistema territoriale della Medicina Generale e poi definire modelli complessi di assistenza. La ricerca di meccanismi propri di questa area ad un governo della assistenza primaria che veda come protagonisti i sistemi organizzativi specifici della stessa area, potrà permettere con un sistema di up-grading di determinare risposte sempre più adeguate alla complessità assistenziale. L'eventuale ulteriore permanere di strutture di assistenza parcellari e non integrabili con l'attuale modello culturale e organizzativo della Medicina Generale potrebbe determinare l'ennesimo aumento dell'offerta con conseguente aumento della domanda e dell'inappropriatezza sia nell'accesso sia negli out come.

La strutturazione di un modello obbligatorio come quello delle aggregazioni funzionali territoriali e il volano motivazionale che da esse, se ben gestite e definite nei compiti anche assistenziali, può derivare rappresenta l'unica via attraverso cui si può gestire il cambiamento del territorio, poiché l'aggregazione di quegli operatori che ne faranno parte metterà in moto un meccanismo virtuoso di coinvolgimento di tutte le sovrastrutture organizzative esistenti o che si vogliono determinare.

4. L'ASSISTENZA TERRITORIALE E L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

4.1 L'Area distrettuale: il modello organizzativo del distretto sociosanitario

L'impianto organizzativo dei sistemi socio-sanitari definibile "a canne d'organo" o "funzionale" nasceva in un quadro di riferimento assolutamente differente da quello attuale, e poteva trovare una sua coerenza interna quando la logica autoreferenziale del servizio premiava chi aumentava i volumi di prestazioni erogate e la quantità di servizi offerti.

In effetti, la frammentazione delle risposte erogativo-assistenziali, tipica di tali sistemi, penalizza fortemente l'utente ed incrementa il consumo di risorse per la frequente sovrapposizione ed inappropriata degli interventi.

Inoltre l'obbligo della compartecipazione per alcune tra le più importanti prestazioni sociosanitarie da parte degli utenti e dell'Ente Locale attraverso gli ambiti zonalì, determina l'esigenza di una misurazione condivisa degli impatti economici delle scelte assistenziali, sostanziando la necessità di strumenti operativi che consentono una "lettura comune" dei dati e delle informazioni.

Pertanto oggi è necessario tendere sempre di più verso modelli che privilegiano la appropriatezza quale imprescindibile ambito di approccio gestionale e l'integrazione quale scelta strategica.

L'organizzazione territoriale del Distretto Socio – Sanitario di tipo integrato mira a configurare livelli di offerta non più frammentati e ad evitare le duplicazioni e i costi aggiuntivi derivanti dalla duplicazione di strutture organizzative omogenee e non coordinate tra loro nello svolgimento del medesimo compito. Tale organizzazione prevede la sostituzione del sistema a strutture chiuse, organizzate solo verticalmente per funzioni, con un sistema che utilizza collegamenti funzionali sempre più incisivi di tipo orizzontale, anche tra strutture non omogenee.

Questo diverso modello organizzativo deve accompagnarsi ad un profondo cambio di paradigma del modello assistenziale che deve essere orientato alla salute e non ai consumi sanitari. Ragionare in termini di salute vuol dire partire dai bisogni reali e promuovere gli stili di vita sani tenendo anche conto del fatto che i profondi mutamenti demografici ed epidemiologici della popolazione impongono scelte di modelli assistenziali più coerenti con il prevalere delle patologie di tipo cronico-degenerativo.

Un sistema in cui ad esser remunerata sia la salute e non la malattia può sostenere configurazioni organizzative e gestionali più compatibili con le risorse a disposizione, comunque limitate.

E' necessario in Regione Campania pertanto mettere in atto, nel Distretto Socio - Sanitario procedure e sistemi che garantiscano il recupero di appropriatezza, sul versante sia dell'offerta che della domanda, e l'integrazione con il sociale. Il Distretto Socio – Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio –sanitarie, sia pubbliche che private accreditate.

Si richiede una modificazione delle modalità organizzative interne e della struttura delle relazioni al fine di formulare una risposta integrata da parte di tutti gli attori coinvolti nel sistema, operando secondo le logiche della "governance".

Per rispondere alle modifiche dell'ambiente di riferimento - nella composizione e nelle abitudini della popolazione e nelle modalità di gestione delle risorse finanziarie - la Regione Campania individua le seguenti direttrici di sviluppo:

- La logica di sistema per la tutela complessiva della salute – la massimizzazione dei benefici sociosanitari della popolazione di riferimento si garantisce attraverso la responsabilizzazione di tutti i soggetti detentori di responsabilità sociali, per cui il complesso contesto sociologico che sottende i meccanismi di formazione della domanda, e l'universo multistakeholder che caratterizza

e posiziona l'azienda nella fase erogativa configurano la dimensione entro cui attivare gli approcci operativi: gli strumenti di supporto a tale scenario devono essere coerenti con gli obiettivi;

- la logica della integrazione delle risposte - la percezione del bisogno del cittadino è elemento centrale dell'attività delle istituzioni; ad ogni cittadino corrisponde un bisogno differente al quale si collega una risposta unitaria che integra in se una gamma di servizi erogati da istituzioni e strutture differenti e diverse tra loro (Comuni, Terzo settore, ASL). A tal proposito si sottolinea l'importanza della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio dell'utente come mezzo fondamentale per rendere effettivo il diritto alla salute del cittadino, così come anche ribadito nel nuovo Patto per la Salute 2010 - 2012;
- la logica aziendale nella gestione delle risorse - prevede lo sviluppo di strumenti, nati in ambito aziendale, che consentono di razionalizzare i costi per l'erogazione dei servizi, fungendo anche da elementi di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza raggiunta nell'attività di erogazione dei servizi stessi. In particolare ci si riferisce ad un set di strumenti e logiche di azione quali il sistema di contabilità analitica, il Project management, le valutazioni di sostenibilità economico finanziaria, che permettono di controllare la posizione del soggetto erogatore di servizi rispetto al vincolo rappresentato dall'ammontare delle risorse disponibili.

In sintesi gli aspetti cruciali della modalità di risposta al bisogno socio-sanitario individuati dal presente PSR si caratterizzano per:

- La prospettiva sistemica sia sul versante della analisi del bisogno che sul versante dell'organizzazione di risposte praticabili;
- Il confronto continuo con le autonomie locali per il superamento della logica di intervento settoriale;
- La valorizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) quale momento di condivisione ex ante e corresponsabilizzazione ex post.

Il territorio deve dunque sviluppare soluzioni che vadano verso la integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi. Tali risposte devono essere organizzate in Processi Diagnostici Assistenziali/Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), che tagliano trasversalmente le strutture organizzative, nel rispetto da un lato dei vincoli di efficacia, dall'altro da quelli di efficienza e di economicità che la scarsità di risorse finanziarie impone.

Il territorio deve pertanto dotarsi di competenze e strumenti capaci di garantire tale integrazione e, al contempo, di offrire valide indicazioni economico-finanziarie di supporto alle decisioni, organizzando le attività di pianificazione e controllo, nella vision del budget, attraverso un processo di modeling innovativo.

Il recupero di appropriatezza dell'ambito di cura, il regime assistenziale calibrato sull'effettivo bisogno, la corrispondenza della domanda e dell'offerta, consentono altresì di interpretare l'integrazione sociosanitaria come una precisa opzione strategica di sistema.

Questa scelta impone precise assunzioni di responsabilità da parte di tutti gli stakeholder, e va sostenuta attraverso politiche di governance che coordinino ed uniscano i vari attori del pianeta salute, ed escano dalla logica della frammentazione autoreferenziale. Si tratta di superare le barriere e le contrapposizioni ideologico-gerarchico-organizzative Ospedale/Territorio, Pubblico/Privato, Sanitario/Sociale, e di adottare una vision unificante della tutela della salute sostenuta da logiche di finanziamento coerenti, e di riorientare le scelte in maniera virtuosa. E' questo l'obiettivo della riorganizzazione della rete territoriale proposta nel presente PSR adottata nella convinzione che un sistema in cui ad essere pagante sia la salute e non la malattia può sostenere configurazioni organizzative e gestionali a impatto compatibile con le limitate risorse a disposizione.

Riempire di contenuti concretamente operativi la cornice della integrazione sociosanitaria può consentire di individuare modelli innovativi e competitivi, di configurare paradigmi assistenziali evoluti, compatibili con i profili economici, sostenendo così l'implementazione di un nuovo modello di welfare, da welfare

state a welfare community, in cui sono le comunità locali che, insieme, analizzano i bisogni e coprogettano le risposte integrate.

In questo contesto diviene strategica la valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, attori fondamentali insieme ai quali implementare le strategie del cambiamento, valorizzando le competenze tecnico-professionali e gestionali. Essi costituiscono un osservatorio privilegiato delle necessità della popolazione e sono sia committenti interni, in quanto definiscono la domanda, che, soprattutto, produttori.

Una volta compreso che al sistema salute concorrono attori ben più numerosi che al sistema sanità, presidiarne la complessità può diventare la scelta vincente.

In coerenza con tali assunti la Regione Campania intende configurare un modello assistenziale che:

- individua l'Ospedale, con caratteristiche di intensità e complessità assistenziale ad alta tecnologia sanitaria applicata, quale insostituibile ambito di riferimento per pazienti acuti e, dall'altro, identifica il Territorio-Distretto quale ambito elettivo per il trattamento delle patologie a sfondo cronico-degenerativo, presidiando fortemente l'integrazione sociosanitaria;
- promuove e supporta la condivisione operativa incentrata su comuni obiettivi di salute, consentendo di superare le logiche di separazione che hanno caratterizzato i precedenti assetti gestionali;
- introduce il budget di Distretto, così come previsto dal D.L.vo 502/92 e s.m.i. art. 3 quater, comma 2, quale strumento di coerenza nella valorizzazione del rapporto tra committenza e produzione. Il budget contiene indicatori sia di efficacia che di economicità, quindi è outcome di impatto assistenziale quanto output di processo gestionale.

Il cardine di tale modello assistenziale è il governo della domanda, il recupero di appropriatezza la ricomposizione dell'offerta, nella traiettoria unificante dell'individuazione, dell'implementazione e del monitoraggio dei PDTA, da inserire nel processo di budget distrettuale.

L'individuazione, la elaborazione, la sperimentazione e la valutazione dell'efficacia dei PDTA enfatizza il tensore specialistico professionale proprio dei Dipartimenti.

Il governo della domanda ed il recupero di appropriatezza si fondano sul presupposto che siano individuate modalità di analisi dei bisogni incentrate sull'approfondimento dei meccanismi di formazione della domanda. E' pertanto necessaria la condivisione dell'assunto culturale che soltanto la conoscenza del bisogno reale consente la individuazione e la eliminazione della domanda indotta. La appropriatezza è da ricercare non soltanto nella risposta erogativa quanto anche, e soprattutto, nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa. E' questa una vera sfida per la Direzione del Distretto Socio-Sanitario nel suo ruolo di committenza: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, va ricercata la idonea modalità di intervento e l'ambito di cura più appropriato, nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante tra percorsi ugualmente efficaci.

Il modello proposto, anche mediante progettazioni sperimentali intermedie, individua le funzioni di tutela sanitaria e socio-sanitaria della popolazione in capo alla Direzione del Distretto Socio-Sanitario e la razionalizzazione delle competenze tecnico/professionali nell'organizzazione dipartimentale, configurando un modello integrato di intervento.

Esso presuppone un alto grado di responsabilizzazione gestionale ed economica del Direttore del Distretto. La direzione del Distretto è infatti vista fondamentalmente come attrice del governo della domanda, come responsabile dei consumi e allocatrice di risorse.

Il budget di Distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo di cui rappresenta il coerente strumento gestionale. La Direzione del Distretto è individuata come Centro di Responsabilità (CdR) che contratta il budget con la Direzione Strategica.

Perché la rete distrettuale sia unica è anche necessario ripensare all'articolazione delle Unità Operative. Esse vanno qualificate non più per funzioni verticali, ma organizzate in una forte tensione integrativa

orizzontale, trasversale. Esse partecipano al soddisfacimento complessivo di un bisogno e rispondono in modo uniforme, per accesso, qualità e quantità (in riferimento all'analisi del bisogno di quel territorio) di prestazioni.

Particolare importanza assumono:

- a) la individuazione di soluzioni organizzative tali da configurare il Distretto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di Punti di Accesso territoriali, governati logicamente dalla PUA distrettuale, ai quali compete:
 - la funzione di *accoglienza e informazione*
 - la funzione di *valutazione di primo livello*, finalizzata ad avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere:
 - l'invio ai servizi sanitari o sociali
 - l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata
 - la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.In tale organizzazione il Medico di Medicina Generale, è tra i primi interlocutori del cittadino.
- b) Il potenziamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) per diffondere la Valutazione Multiprofessionale dei bisogni che necessitano di risposte di tipo complesso e per la definizione di Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI).
- c) La strutturazione di una rete di offerta unica: l'insieme integrato Ospedale – Distretto – Dipartimenti - Sociale, diventa una articolata, ma unica, struttura di offerta in rete: di prestazioni, di servizi, di interventi.

Il Distretto SocioSanitario con le sue diverse articolazioni è immaginato come un doppio imbuto che da un verso riceve – anzi va verso – il bisogno e lo elabora al suo interno, e dall'altra compone una risposta unitaria e complessiva, secondo criteri di appropriatezza condivisa e sulla base della valutazione del rapporto costo/efficacia al fine di massimizzare le priorità sanitarie, sociali, ambientali

Questo approccio, sostanziando nella "presa in carico" il filo conduttore della propria filosofia di intervento, evita innanzitutto la frammentazione dell'offerta, consente di ragionare sul bisogno, presenta il vantaggio della ricerca di appropriatezza sia sul versante clinico che dell'ambito di cura; evita duplicazioni di attività e riconduce la domanda all'interno delle strutture dell'ASL.

Il Distretto Sociosanitario, per raggiungere la configurazione propria del modello previsto, deve profondamente ripensare il proprio paradigma organizzativo.

Il disegno dell'impianto organizzativo individua tre assunti logici fondamentali:

- La flessibilità
- La struttura portante, di tipo Piatto o Orizzontale, che presuppone l'esistenza al suo interno di minimi elementi di verticalità o apicalità.
- La responsabilità/competenza organizzativo-gestionale, differenziata e indipendente dalla responsabilità/competenza tecnico-professionale specifica dei Dipartimenti. Al Distretto, sotto la diretta e unica responsabilità della direzione, sono assegnati operatori e risorse di discipline diverse, escluso quelle previste in ambito di dipartimento strutturato.

Il Distretto si specializza col modello della "PRESA IN CARICO". Con tale termine si intende l'operatività attraverso la quale si instaura un raccordo continuo con la Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta e che presidia sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) che la Valutazione Multidimensionale e la definizione dei Progetti Assistenziali Individualizzati (UVMD/UVI):

Il Direttore del Distretto è responsabile dell'allocazione delle risorse e della valutazione della appropriatezza dei percorsi assistenziali integrati ed è, quindi, Centro di Responsabilità finale rispetto all'utenza.

Alla valutazione del bisogno ed alla definizione dei Progetti Assistenziali Individuali partecipano le Aree Dipartimentali/Coordinamento in relazione ai bisogni specifici dell'utente.

Si tratta di interpretare il sistema come un continuum tra regimi assistenziali di intensità variabile, nel quale il passaggio da uno all'altro diventa il progetto da costruire, la condizione da creare e da presidiare per la continuità dell'assistenza e non l'ostacolo fisico/logico alla interrelazione tra le parti.

Il paradigma "regime assistenziale" contiene i seguenti vettori logici, che dovranno essere oggetto di regolamenti specifici:

- che il regime è calibrato su precisi livelli di severità patologica o macropatologica;
- che al regime è collegato un preciso e puntuale consumo di risorse;
- che l'approccio risultante è dinamico, nel senso che il sistema è tanto più virtuoso quanto più in grado di innescare processi di allocazione in ambiti di cura a sempre minor consumo di risorse a parità di efficacia assistenziale richiesta (protocolli a costo minimizzato);
- che sono valorizzate e sviluppate logiche e strumenti condivisi di valutazione, su dimensioni insieme cliniche ed economiche, dei consumi di risorse.

Ci si riferisce all'integrazione professionale nel medesimo ambito di cura; alla integrazione tra ambiti di cura differenti; alla integrazione, nell'ambito dello stesso processo di cura, tra professionisti di differente estrazione culturale; alla integrazione tra servizi e dipartimenti; alla integrazione tra i livelli di cura sanitari e gli interventi dell'area del sociale; all'integrazione di rete; all'integrazione delle reti: processi che ineriscono differenti livelli di complessità, sono intercorrelati tra loro in modo non unilaterale, ma secondo codificati rapporti correlati a conseguenti sistemi di verifica.

Tra i principali compiti della Direzione del Distretto si individuano i seguenti:

- Elaborazione del Piano delle attività territoriali (PAT), avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni;
- Garanzia del presidio permanente dell'attività (verifica e valutazione) assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni e all'andamento delle risorse disponibili;
- Garanzia, in collaborazione con le funzioni di staff di programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e il puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di budget, l'efficacia e l'efficienza d'uso delle risorse;
- Redazione della relazione annuale di Distretto. In tale ambito, in attuazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali, effettua il monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, anche ai fini della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi. La relazione annuale di Distretto, deve essere predisposta, a consuntivo, quale parte integrante della relazione di A.S.L.;
- Partecipazione al processo di budget nell'ambito della Direzione aziendale presidiando gli obiettivi di competenza;

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività territoriali-distrettuali approvato dal Direttore Generale.

Egli Presiede l'Ufficio di Coordinamento di Distretto concepito come strumento tecnico di elaborazione delle scelte aziendali, di coordinamento ed integrazione progettuale e organizzativa di tutte le attività, rappresenta il Direttore Generale nel Comitato di Distretto, promuove l'informazione e l'immagine dell'azienda nel proprio ambito distrettuale .

Al Direttore di Distretto infine compete la costruzione di un sistema improntato all'orientamento delle competenze professionali e di équipe al risultato di salute, alla massima integrazione operativa e alla più

ampia flessibilità, favorendo il formarsi di strutture e meccanismi operativi fondati su processi da presidiare o problemi da risolvere, piuttosto che su una rigida definizione di funzioni ed atti.

Il Direttore del Distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al Distretto, si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente.

Obiettivi da raggiungere nel triennio

Gli obiettivi da realizzare nel triennio di validità del presente PSR sono riportati nella tabella che segue:

	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Definizione delle linee guida regionali per l'adeguamento degli Atti Aziendali agli obiettivi del presente piano e relativa approvazione	Monitorare i processi di budgetizzazione aziendali supportando le ASL nella fase di avvio	Completare la formazione dei Direttori dei Distretti per accompagnare il processo di implementazione del nuovo modello organizzativo
	Indirizzi regionali alle aziende per la formazione del budget distrettuale	Progettare ed avviare la formazione e l'accompagnamento dei Direttori dei Distretti al nuovo modello organizzativo	Analisi dell'impatto del nuovo modello organizzativo nell'organizzazione aziendale e valutazione dei risultati raggiunti dalla direzione strategica aziendale
	Avviare la formazione degli operatori dei Distretti Sanitari per accompagnare il processo di implementazione dei sistemi di informatizzazione regionali		
	Indirizzi regionali per la predisposizione dei Programmi Attività Territoriali		
	Indirizzi regionali per la predisposizione dei PDTA con indicazione delle priorità e criteri per la definizione degli obiettivi		
Obiettivi Aziendali	Adeguamento degli Atti Aziendali agli obiettivi del presente piano	Attuazione dell'articolazione organizzativa aziendale alla luce dei criteri e dei principi del presente piano	Completare la nuova l'articolazione organizzativa aziendale alla luce di quanto previsto nel presente piano
	Individuare gli obiettivi di salute in collaborazione e d'intesa con i dipartimenti di prevenzione programmando le azioni e le attività necessarie per il raggiungimento degli stessi nell'ambito del PAT che, per la parte sociosanitaria, dovrà tener conto di quanto previsto nel PdZ.	Implementare il Modello di Presa in Carico distrettuale in almeno la metà dei Distretti Sanitari di ciascuna Azienda, supportando gli operatori, del settore sanitario e del settore sociale, attraverso l'attuazione di specifici programmi formativi	Completare il Modello di Presa in Carico distrettuale tutti i Distretti Sanitari in maniera omogenea
	Programmare sulla base degli obiettivi di salute prefissati i Percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) che si intendono sviluppare nei tre anni di validità del presente PSR: almeno n. 3 di tipo sanitario e n. 3 di tipo socio-sanitario, questi ultimi condivisi fra tutte le componenti - Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti convenzionati interni ed accreditati, Medici Ospedalieri, Servizio Farmaceutico Territoriale e Ospedaliero, Area del Sociale	Avviare il monitoraggio delle azioni e delle attività necessari per il raggiungimento degli obiettivi di salute	Portare a sistema il monitoraggio degli obiettivi di salute fissati nella prima annualità, ed eventualmente aggiornarli
	Prendere in carico gli utenti con bisogno socio-sanitario complesso, di cui al DPCM 29.11 2001, attraverso la valutazione del bisogno e la definizione di progetti personalizzati in UVI e con lo strumento SVAMA, e suoi successivi aggiornamenti	Avviare i PDTA definiti nell'annualità precedente	Completare e mettere a sistema i PDTA così come esplicitati nella prima annualità
Obiettivi Aziendali	Popolamento dei sistemi di informatizzazione regionali – sanitari e socio-sanitari – nel rispetto delle priorità fissate dal livello regionale	Recepire il nuovo modello di budget distrettuale e messa a regime del processo di budgeting in Azienda	Valutazione delle performance e dei risultati raggiunti dal Direttore del Distretto
	Riduzione dei tempi di attesa attraverso il governo della domanda e dell'offerta delle prestazioni nel rispetto dei tempi e delle modalità riportate nei Piani aziendali e secondo di indirizzi nazionali e regionali		

4.2 Le Aree dipartimentali e loro infrastrutturazione nelle strategie aziendali

Lo studio delle dinamiche e delle relazioni tra Distretto e Dipartimento hanno rappresentato, per anni, il terreno di accesi dibattiti culturali e gestionali.

I vari modelli che dal D.l.gs 502/92 s.m.i. in poi si sono susseguiti nell'ambito dell'organizzazione sanitaria hanno visto prevalere orientamenti rivolti a presidiare le logiche acquirente/fornitore, committente/produttore, piuttosto che presa in carico unitaria.

In realtà tali modalità configurano più categorie logiche entro cui comprendere i processi legati alla complessità dell'assistenza, piuttosto che definiti contenitori di azioni; non risulta possibile, né tantomeno utile, stabilire in sanità il punto di cut off in cui l'atto medico cessa di essere analisi di un bisogno o di una domanda e diventi offerta attiva, né si deve correre il rischio di continuare a strutturare l'offerta in un'ottica che risulti sganciata sia da analisi approfondita sui meccanismi che concorrono alla formazione-induzione della domanda sia da risultati di salute misurabili.

Nasce la necessità di individuare un modello di sintesi armonica dell'organizzazione assistenziale, tale da non rispondere con crescente complessità strutturale all'incremento di complessità ambientale.

Le ormai improbabili definizioni di Distretto e/o Dipartimento forte e/o debole, strutturato e/o funzionale, rispondono più ad un'enfasi sulle articolazioni proprie della struttura che alla centralità sull'utente dei percorsi di salute.

L'opzione strategica individuata nel presente PSR si propone di superare l'antinomia ideologica e disegnare traiettorie orientate al percorso del paziente, che sfuma la proprietà della struttura e si focalizza su obiettivi di salute. È necessario individuare un modello che contemperi il tensore della dimensione organizzativo/gestionale con il tensore specialistico/tecnico/professionale.

Il Dipartimento rappresenta, di norma, così come recita il D.l.gs 229/99 e s.m.i., l'assetto organizzativo in cui si configurano le organizzazioni sanitarie. Nella dinamica dei rapporti definita dal presente PSR, il Dipartimento configura la sintesi sia del livello tecnico-professionale, cui è demandata l'articolazione del momento di produzione, che del livello di coordinamento per specifiche attività al fine di presidiare la omogeneità delle procedure.

La visione organizzativa del territorio deve rispondere a due esigenze strategiche:

- Garanzia di presidiare il livello di conoscenza della domanda, momento fortemente contestualizzato, a prevalente tensione verticale;
- Garanzia di presidiare il livello di uniformità e omogeneità di procedure, modalità di accesso all'assistenza stessa, produzione di interventi e prestazioni, momenti questi a forte tensione orizzontale.

La prima esigenza viene garantita dall'articolazione distrettuale ed in particolare dalle Direzioni distrettuali, identificate quale livello di responsabilizzazione complessiva sui bisogni di salute sanitari e sociosanitari della popolazione di riferimento, orientate sul versante della domanda. La seconda viene garantita dai Dipartimenti, identificati quale momento di coordinamento tecnico e di raccordo tra le varie articolazioni distrettuali, orientati sul versante dell'offerta, con funzioni di produzione, e che bilanciano ed armonizzano i momenti di tensione verticale.

L'attività delle direzioni distrettuali si configura, quindi, quale alto momento di sintesi della conoscenza e della analisi della domanda di salute e di valutazione dei bisogni; i Dipartimenti, invece, ricevono la domanda già decodificata dai Distretti.

La contestualizzazione del modello sostanza due direttrici strategiche:

- consente di individuare gradienti di maturità delle strutture; per questo motivo alcuni livelli dipartimentali potranno già esser individuati quali strutture di offerta al momento attuale, altri invece rappresentano degli obiettivi culturali e metodologici, e saranno attivati quando le condizioni critiche che ne rallentano il decollo pieno saranno superate;
- Le strutture d'offerta avranno valenza funzionalmente integrata presidiando innovativi momenti gestionali individuati al fine di configurare attività produttive ad alta integrazione sanitaria e sociosanitaria.

Per questo motivo, nel rispetto dell'autonomia delle singole Aziende, i Dipartimenti avranno valenza di coordinamento tecnico/professionale, tranne che per quelli previsti dalle vigenti normative: Prevenzione, Salute Mentale e Tossicodipendenze secondo quanto normato con la DGRC 2136/03. Le responsabilità che vengono attribuite a chi dirige i Dipartimenti sono di tipo professionale in materia clinico - organizzativa (appropriatezza, qualità tecnica).

L'obiettivo previsto è quello di concorrere d'intesa con il Distretto alla realizzazione di Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) Aziendali, condivisi fra tutte le componenti - Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti convenzionati interni ed accreditati, Medici Ospedalieri, Servizio Farmaceutico Territoriale e Ospedaliero, Area del Sociale - entro cui attivare le risorse, ragionando non più per compartimenti stagni, ma per macro aree di indirizzo o di patologie.

Tra le principali compiti dei Dipartimenti si individuano le seguenti:

- Organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- Garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso:
 - il controllo di qualità tecnica
 - il controllo di efficienza
 - la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con i Direttori di Distretto
 - la valutazione di efficacia
- Assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere
- Collaborare alla definizione del budget distrettuale
- Partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione:
 - degli indirizzi strategici
 - dell'analisi della domanda
 - dell'individuazione degli indicatori critici di performance

L'enfasi sul tensore clinico/specialistico/professionale, propria dei Dipartimenti, dovrà garantire al Distretto di raggiungere gli specifici obiettivi di salute nelle varie aree di bisogno.

La scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanza la focalizzazione e il valore aggiunto del coordinamento delle attività tecnico/professionali che il presente PSR riconosce ed attribuisce alla funzione dipartimentale.

Pertanto, indipendentemente dalle modalità funzionali con le quali le singole Aziende articoleranno i propri assetti dipartimentali, le stesse, dovranno garantire, per le varie fasce di età, gli obiettivi di salute e di appropriatezza organizzativa.

I Dipartimenti funzionali concorrono alla realizzazione degli obiettivi distrettuali.

4.3 L'integrazione Sociosanitaria

Gli interventi che la Regione ha inteso realizzare in questi anni, pur in presenza di criticità applicative legate soprattutto alla esiguità delle risorse economiche, rispondono ad una logica programmatoria legata ad un modello di sistema integrato di assistenza sociosanitaria, ampiamente descritto nel D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., nella L. 328/2000 e nel piano sanitario nazionale 2006/2008.

Questo modello di rete sociosanitaria e di presa in carico si realizza inevitabilmente con la sinergia del sistema di servizi proposto dagli indirizzi regionali nei Piani delle Attività Territoriali (PAT), curati dai Distretti Sanitari delle AA.SS.LL. e nei Piani di Zona Sociali (PDZ) redatti dai Comuni riuniti in Ambiti Territoriali.

In tal modo si è cercato di promuovere una uniformità assistenziale, sociale e sanitaria, che ha inteso evitare inutili e dannose frammentazioni nei processi assistenziali alle persone portatrici di fragilità singole e multifattoriali e che soprattutto ha voluto porre una attenzione particolare alla verifica ed al monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni.

L'orientamento in questi anni, nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di integrazione sociosanitaria è stato in tutti i documenti regionali quello di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno delle risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio. Le attività su cui maggiormente si è puntata l'attenzione consistono:

- nel raccordare e stabilizzare i sistemi informativi e di monitoraggio dei LEA erogati in termini di prestazioni;
- nell'implementare e diffondere la valutazione multidimensionale e il progetto individualizzato per una corretta individuazione del bisogno;
- nella definizione del sistema delle cure domiciliari secondo i profili assistenziali e il bisogno clinico;
- nella diffusione delle prassi di assistenza delle persone con gravi disabilità, anziani, minori etc. uniformi per contenuti e modalità di erogazione nel territorio regionale, prevedendo anche l'appropriata quota di risorse a carico delle ASL;
- nel definire procedure univoche di accesso e di presa in carico del paziente unificando il sistema di offerta presente sul territorio e riqualificandone le proposte in base ai bisogni;
- nel riqualificare la spesa sanitaria incrementando all'interno dei bilanci aziendali la voce destinata alle cure domiciliari anche attraverso il corretto utilizzo dei fondi vincolati per il raggiungimento degli obiettivi di piano;
- nel consolidare e promuovere forme di integrazione dei MMG e PLS tra loro, fra i MMG - PLS e il Distretto/Ambito Territoriale.

La programmazione strategica degli interventi territoriali sociosanitari è stata pertanto orientata in questi ultimi anni a prevedere :

- interventi che rispondano al principio della deospedalizzazione e della riduzione della residenzialità impropria;
- soluzioni modulari e flessibili per la presa in carico dei soggetti fragili.

In prospettiva, quindi, la programmazione e progettazione condivisa di una rete territoriale dei servizi ed interventi sociosanitari viene costantemente allineata con un processo di sviluppo e consolidamento degli strumenti di integrazione gestionale e professionale che possano garantire la presa in carico della persona e il superamento di politiche settoriali di risposta al bisogno complesso.

Il sistema dei servizi sociosanitari in Regione Campania ha visto la sua rimodulazione con una serie di provvedimenti volti a recepire il D.P.C.M. 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie".

Con successivi atti e, in particolare, con la D.G.R. n. 1082 del 15/03/2002, si recepisce il "D.P.C.M. 29/11/2001 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza e si fornivano disposizioni attuative" si individuavano le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza. e veniva istituito un tavolo di concertazione con il compito di ridefinire il concorso delle spese nella materia delle prestazioni socio sanitarie.

Si prevedeva con tali provvedimenti in una prima fase applicativa che le AA.SS.LL. avrebbero garantito la continuità nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001 per consentire la graduale applicazione del sistema sociosanitario consentendo ai comuni associati in ambiti territoriali di riorganizzare la propria offerta dei servizi e l'infrastrutturazione del nuovo modello organizzativo ispirato dalla L328/2000.

Con la D.G.R. n. 3890 del 02/08/2002 è stato poi delineato un piano di lavoro che, rimarcando la necessità di garantire livelli essenziali di assistenza sociosanitaria, si è prefisso l'obiettivo di promuovere per l'anno 2003 una piena compartecipazione, condivisione e corresponsabilizzazione di AA.SS.LL. e Comuni nella programmazione socio sanitaria.

A seguito della prima fase di attuazione dei LEA, con la DGRC 6467/2002 sono state emanate le Linee Guida Regionali alle AA.SS.LL. e ai Comuni per la programmazione socio sanitaria integrata. Sono state indicate le scadenze temporali entro le quali gli Enti coinvolti avrebbero dovuto adottare gli strumenti programmatori concertati. E' stato, infine, stabilito che il livello unitario di programmazione ed erogazione di servizi socio sanitari integrati sarebbe stato raggiunto, nella sua pienezza, attraverso un percorso graduale triennale a partire dal 01/01/2003.

Con la DGRC 38/2006 è stato evidenziato che, al termine del triennio di sperimentazione avviata in materia di integrazione sociosanitaria, le risorse dei Comuni - scarsissime già per il sistema sociale - sono risultate insufficienti per far fronte alla crescente domanda sociosanitaria proveniente dall'applicazione dei LEA, non consentendo di raggiungere la piena integrazione entro il triennio di sperimentazione. In particolare si indicava la necessità di inserire, all'interno dei Piani di Zona Sociali e dei Piani delle Attività Territoriali, appositi regolamenti di funzionamento, indispensabili al fine di una puntuale ricognizione dei bisogni dell'utenza con la conseguente definizione della quota di compartecipazione alla spesa spettante ai Comuni.

La delibera di Giunta regionale 964/2006 ha poi previsto una serie di indicazioni procedurali e strategiche sia in merito all'iter amministrativo da realizzarsi a livello territoriale, sia in merito alle indicazioni programmatiche e agli strumenti da utilizzare per la programmazione e concertazione integrata.

Per favorire l'uniformità delle programmazioni sociali -espresse dai Piani di Zona (L. 328/2000)- e sanitarie- espresse dai Piani delle Attività Territoriali- sono stati definiti i tempi e le modalità per la rilevazione dei bisogni di salute con particolare attenzione alle prestazioni compartecipate indicate nel DPCM 29/11/2001 all. 1C, a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni e del contenimento della spesa sociale e sanitaria.

Sono state riproposte anche per il triennio 2007/2009 le "Linee d'indirizzo per la predisposizione della programmazione sociosanitaria delle AA.SS.LL." e le "Schede per la presentazione del Programma delle Attività Territoriali Sociosanitarie". Contestualmente sono state fornite stringenti indicazioni sulle procedure contabili alle AA.SS.LL. degli oneri a carico degli Enti Locali nella realizzazione degli interventi di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. 29.11.2001.

Inoltre sono stati posti in essere all'interno dei PAT sociosanitari delle AASSLL e dei Piani di Zona Sociali interventi orientati:

- alla coprogrammazione dell'eventuale riqualificazione del Sistema, parametrato su livelli prioritari di assistenza (con particolare attenzione all'area della "Non Autosufficienza"), anche attraverso la dimissione protetta di utenti ancora in carico al S.S.N. che hanno terminato il periodo di cura a rilevanza sanitaria (quindi stabilizzati) e che necessitano di interventi a rilevanza sociale a carico dei Comuni;
- a fornire indicazioni circa le prestazioni da garantire, con attenzione prioritaria a quelle indicate nel DPCM 29 novembre 2001 all. 1/C, con relative risorse sia in termini economici (compartecipazione alla spesa) che in termini di riqualificazione del sistema di servizi; (riconversione, personale sociale, spazi comunali dedicati, strutture);
- alla sistematizzazione e alla relativa regolamentazione delle unità di valutazione integrata per la rilevazione, qualificazione e coprogrammazione sociosanitaria delle prestazioni a favore di cittadini aventi diritto;
- alla indicazione, come priorità assistenziale della presa in carico globale, di cittadini in situazione di "non autosufficienza" (anziani e disabili) specificando numero e tipologia di bisogno nonché tipologia di offerta di servizi;
- alla determinazione delle risorse costituenti il fondo di ambito per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari in ogni Ambito Territoriale (L. 328/2000), prevedendo azioni strutturate di sistema tese alla ripartizione delle spese, alla riqualificazione dei servizi ed alla compartecipazione alla spesa degli utenti (utilizzando il parametro ISEE con relativi regolamenti di accesso alle prestazioni agevolate) con particolare attenzione all'erogazione di livelli minimi di assistenza alle fasce più indigenti della popolazione avvalendosi anche dello strumento già in essere, avviato con l'approvazione da parte di tutti gli Ambiti Territoriali, delle graduatorie per gli aventi diritto al reddito di cittadinanza.

Inoltre è stato affermato il principio secondo il quale la programmazione di interventi di integrazione sociosanitaria deve trovare copertura con risorse reali e disponibili nei rispettivi bilanci, determinate con Accordi di Programma, Protocolli d'Intesa, ecc. stipulati con gli Enti Locali.

Tale percorso ha trovato la sua sintesi con la DGRC 1267/09 e con il decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro n.6/2010 con i quali sono stati definiti i livelli di assistenza residenziale e semiresidenziale per disabili ed anziani e demenze, ma soprattutto sono state fornite le linee guida per la compartecipazione dei comuni e/o dell'utenza alle prestazioni sociosanitarie in applicazione del DPCM 29/11/2001.

L'integrazione tra distretti sanitari e ambiti territoriali: il bacino geografico e amministrativo di riferimento.

Il complesso percorso dell'integrazione sociosanitaria in Regione Campania è espresso non solo in termini normativi e di comparazione di risorse sociali e sanitarie disponibili, non comparabili per entità, per qualità e per sistemi di finanziamento, ma anche e soprattutto per la particolare caratteristica geopolitica che a seguito della legge regionale n.16/2008 ha comportato il mancato allineamento tra gli attuali 72 distretti e i 52 ambiti territoriali. Come descritto nel decreto commissariale 49/2010 ciò ha rappresentato una evidente criticità legata soprattutto alla difficoltà di favorire una presa in carico realmente integrata dei cittadini/utenti di un medesimo territorio, ai quali mantenendo l'attuale organizzazione si rischia di non poter garantire:

- le prestazioni integrate di cui al DPCM 29/11/2001: in particolare le prestazioni a carico della componente sociale, che, come espresso chiaramente nei LEA, non possono essere disgiunte dall'intervento sanitario sia in termini di erogazione prestazionale ma anche e soprattutto in termini di programmazione sociosanitaria;

- la coincidenza tra i contenitori programmatori PAT e PDZ che avevano faticosamente raggiunto e la relativa coerenza progettuale sia in termini di contenuti , di azioni, di tempi e di risorse dedicate;
- una adeguata valutazione multidimensionale, orientata a favorire interventi appropriati tali da consentire percorsi assistenziali personalizzati orientati sia ad una risposta sociale, sia sanitaria che sociosanitaria;
- la corretta applicazione della compartecipazione dei comuni e/o utenza . Ogni sistema di protezione sociale e di presa in carico sanitaria si fonda su un sistema di finanziamento che consenta alle fasce più deboli della popolazione di accedere ai sistemi di offerta sanitari e sociali favorendo i redditi più bassi; a ciò deve corrispondere necessariamente un sistema di compartecipazione alla spesa che coinvolga i redditi più alti, che, se non adeguatamente attuato, rischia di favorire aree di forte disegualianza nel sistema di accesso ai servizi, non consentendo e di conseguenza non garantendo quei principi di universalità e di pari dignità a persone in condizione di doppio svantaggio, per condizioni di salute e per condizioni economiche . Tale è il principio di responsabilità a cui sono chiamati i Comuni quando il DPCM ha assegnato loro il compito di partecipare alla garanzia inderogabile dei Livelli Essenziali di Assistenza anche attraverso il cofinanziamento dei servizi sociosanitari per tutti quei cittadini considerati indigenti, nell'ambito di un sistema di garanzie per l'accesso alle cure sociosanitarie erogate dalle AASSLL unitamente agli ambiti territoriali .

Al fine di superare tali criticità, è stato attivato un percorso congiunto tra gli Assessorati regionali competenti che porti alla coincidenza degli ambiti sociali con i distretti sanitari o loro multipli. La fase di concertazione tra gli Assessorati competenti a parziale modifica di quanto previsto nel decreto 49/2010 è attualmente in corso e necessita del recepimento del piano di riordino da parte dei competenti organi regionali e locali in cui insistono i distretti sociosanitari come previsto dalla normativa vigente. A tal fine è stata condivisa una cronoprogrammazione per consentire il raggiungimento dell'obiettivo entro il primo trimestre di attuazione del piano.

Il Modello sociosanitario di organizzazione

Le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del SSN sono agevolmente individuabili in base alla Tabella allegata al DPCM 14.02.2001 ed all'allegato 1C del DPCM 29.11.2001: perché si concretizzino nell'attuale sistema sanitario e sociale campano bisogna necessariamente ridefinire gli assetti organizzativi regionali, aziendali e periferici distrettuali.

Di seguito si evidenziano le forme organizzative più idonee finalizzate a consentire una governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema sociosanitario.

A livello regionale

E' necessario attivare una Commissione permanente per il coordinamento delle competenze regionali in materia di sanità con quelle delle politiche sociali con compiti di:

- programmazione e pianificazione delle azioni sociosanitarie e delle risorse;
- monitoraggio delle attività sociosanitarie in applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociosanitaria;
- regolamentazione e linee d'indirizzo per la gestione associata degli interventi sociosanitari tra AASSLL e Ambiti territoriali.

A livello aziendale centrale

Occorre riportare nella ordinaria programmazione aziendale, se non ancora prevista, la funzione strategica di coordinamento delle attività socio-sanitarie in grado di determinare un livello di integrazione tra:

- le diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- le aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'azienda, i distretti e gli ospedali;
- l'azienda e i Comuni, in particolare per le attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale che accompagni e sovrintenda a tutte le azioni della componente territoriale in stretto raccordo con il distretto sociosanitario.

Essa deve:

- aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 502/92 e s.m.i., dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata;
- partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipare a quelli relativi all'ADI;
- svolgere funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- concorrere, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività socio-sanitarie;
- curare in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali meglio descritto in seguito;
- partecipare all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i direttori dei distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto.

L'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale deve svolgere una funzione di back-office, anche all'interno di una struttura più complessiva con compiti specifici relativi all'integrazione socio-sanitaria, in funzione di staff per il Direttore del distretto e in raccordo funzionale con il livello centrale delle attività socio sanitarie, del quale rappresenta la proiezione al livello locale e col quale è in costante rapporto di feedback per tutti gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate.

Detto ufficio sociosanitario coordinato da un Referente individuato dal Direttore del distretto all'interno della dirigenza distrettuale, deve svolgere, a supporto del Direttore stesso, funzioni di:

- programmazione territoriale integrata (collabora, per gli aspetti relativi all'integrazione sociosanitaria, con la Direzione distrettuale alla elaborazione del Programma delle Attività Territoriali, del Piano di Zona e dei Patti Distrettuali per la Salute);
- analisi dei bisogni e delle risorse, monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali;

- coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali.

E' indispensabile infine un collegamento organico tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta".

Gli Strumenti per la programmazione socio sanitaria: Il programma delle attività territoriali (PAT)

Il Distretto socio sanitario rappresenta il centro della programmazione sociale e sanitaria, la sede della lettura dei bisogni della popolazione, dove è possibile stabilire le vere priorità territoriali e quindi programmare, per tappe, gli interventi a misura del singolo cittadino e delle singole famiglie.

Nel Distretto agiscono i determinanti distali della salute (ambiente, relazioni sociali, condizione economica, livello di istruzione) e si realizzano quelli prossimali (comportamenti, stili di vita).

Questa dimensione territoriale agisce da facilitatore delle politiche integrate coerenti con i bisogni del territorio, nel rendere più agevole ed efficace la partecipazione dei cittadini e mantenere vivo il circuito metodologico virtuoso tra: analisi territoriale – programmazione-monitoraggio – valutazione.

Obiettivo prioritario è quindi promuovere programmi intersettoriali realizzati congiuntamente da Enti Locali, Azienda Sanitaria e le forme associative presenti sul territorio, con particolare riguardo alla "integrazione dei servizi con la rete di solidarietà formale ed informale".

Riveste particolare rilievo nell'organizzazione territoriale dei servizi la modalità di individuazione di soggetti gestori a cui sia stata affidata la realizzazione di specifici servizi all'utenza o di progetti basati sulla metodologia di lavoro per progetti personalizzati come previsto dal DPCM del 14.02.2001.

In questi ultimi anni l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, ha posto in essere una serie di attività finalizzate a favorire i processi di integrazione sociosanitaria ma soprattutto ad applicare e monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitaria intesi come garanzia al cittadino di fruibilità di servizi. Sono stati considerati indispensabili l'utilizzo degli strumenti di programmazione e pianificazione quali il Programma attività territoriali (PAT) nonché la messa a regime del monitoraggio dei Lea sociosanitari ed il recepimento dei decreti ministeriali del dicembre 2008 sui flussi informativi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

La redazione del PAT deve essere predisposta dal Direttore del distretto in collaborazione con la funzione centrale di coordinamento delle attività sociosanitarie al fine di garantire uniformità di erogazione nella gestione dei servizi. Nello specifico il PAT deve fornire una lettura unitaria dei bisogni di salute e di benessere del territorio e, nel definire tali obiettivi, ne deve delineare la risposta unitaria e unica in termini di offerta di percorso assistenziale ai bisogni, facendo emergere il funzionamento delle strutture eroganti servizi e prestazioni e una analisi dei costi e della spesa sostenuta. Per la programmazione sociosanitaria il PAT dovrà essere coerente in termini di programmazione e di tempistica con la redazione del piano di zona degli ambiti territoriali.

Per condurre un'adeguata analisi dei bisogni è necessario che nel PAT confluiscono tutte le informazioni relative al territorio e allo stato di salute. Nel documento vanno descritte le modalità organizzative del distretto, al fine di rilevare le reali dimensioni delle attività erogate, conoscere le articolazioni operative e di gestione dei singoli servizi.

A seguito dell'analisi dei bisogni viene elaborata una offerta dei servizi basata sulla mappa dell'esistente e sulla rimodulazione dell'offerta nei limiti delle risorse assegnate. Il PAT, pertanto, è un dispositivo che, sulla base di un'adeguata analisi dei bisogni e del territorio consente di formulare proposte operative e percorsi assistenziali in risposta al bisogno sociosanitario espresso dalla persona.

Ciò che si richiede di realizzare, attraverso l'elaborazione del documento PAT, non è solo di fotografare l'esistente sistema di offerta dei servizi e delle prestazioni erogate ma anche realizzare una mappa sul funzionamento delle strutture operative che costituiscono il distretto sanitario e evidenziare:

- le modalità di integrazione dei percorsi assistenziali realizzati a livello territoriale;
- i fattori qualificanti il sistema di offerta ai cittadini;
- le relazioni fra i vari attori che concorrono a garantire l'accesso alle prestazioni;
- la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni offerte.

In sintesi il PAT deve essere concepito come uno strumento indispensabile per il direttore di distretto, nella sua qualità di programmatore, pianificatore e responsabile della gestione delle risorse assegnate, per i responsabili delle singole unità operative e per gli operatori del territorio nella fase di realizzazione dei servizi e di attivazione delle risorse.

Governare l'accesso e la valutazione del bisogno è premessa necessaria per organizzare la presa in carico e l'erogazione; pertanto adottare percorsi unitari di accesso è una scelta vincente non solo per garantire l'appropriatezza, ma anche l'equità delle risposte e del l'accesso sull'intero territorio. Nell'ambito delle attività di pianificazione, programmazione e gestione degli interventi, il programma delle attività territoriali (PAT), nella programmazione territoriale, assume la duplice veste di strumento di programmazione e di analisi delle risorse finalizzato ad organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione sociosanitaria nel distretto. Esso è, difatti, uno strumento di analisi dell'offerta e di identificazione delle risorse, e, in quanto documento di programmazione, è il risultato di una "pianificazione strategica".

La Regione Campania ai fini di rendere omogenee le procedure e gli strumenti di programmazione predisporrà apposite linee guida per la definizione dei PAT aziendali

L'accesso ai servizi distrettuali: la porta unitaria di accesso – PUA

Per rispondere in modo puntuale alla domanda formulata a livello territoriale, occorre quindi definire modalità organizzative e strategie per intercettare la domanda e organizzare la risposta al bisogno. Nell'ottica di superare la frammentarietà delle risposte, emerge la necessità di organizzare servizi che garantiscano accoglienza, informazione ed orientamento al cittadino fin dal primo momento della formulazione della richiesta e che agevolino l'accesso ai servizi.

L'obiettivo è di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per i cittadini con lo scopo di:

- orientare i soggetti;
- promuovere la capacità del cittadino di scelta e di empowerment nel fare scelte informate;
- incrementare il funzionamento del sistema di assistenza territoriale;
- realizzare risposte che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare e residenziale;
- innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino;
- promuovere risposte integrate ai bisogni sociosanitari complessi;
- favorire modelli organizzativi per l'integrazione con il sistema di presa in carico sociale, implementando progetti personalizzati per la presa in carico integrata tra sistema sanitario e sistema sociale;
- favorire la continuità dei percorsi assistenziali;
- migliorare la cooperazione fra le istituzioni.

In coerenza con le recenti indicazioni ministeriali la Regione Campania intende continuare a promuovere il modello organizzativo della PUA – porta unitaria di accesso. Questa è una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi punti e nodi di accesso sanitario e sociale a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni.

La Porta Unitaria di Accesso va intesa come funzione duplice esercitata dai distretti sanitari per le ASL e dagli enti locali attraverso il segretariato sociale, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti.

La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi socio sanitari.

In un'ottica di integrazione gestionale la PUA deve essere disciplinata a livello aziendale e deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei seguenti punti della rete formale: - Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta; Unità Operative Distrettuali; Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale (che opera in stretto raccordo funzionale con i Servizi Sociali Professionali).

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale

Nel caso in cui un soggetto presenti bisogni multifattoriali che necessitano di risposte di tipo complesso si rende necessario individuare la natura del bisogno al fine di attivare percorsi assistenziali appropriati utilizzando strumenti e scale di valutazione che siano certificate e validate. Ciò richiede l'invio alla valutazione multiprofessionale da effettuarsi in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI), se il bisogno espresso non può trovare soddisfacimento con il concorso di professionalità di una sola U.O. o il bisogno richiede una risposta anche di tipo socio assistenziale e si rileva l'opportunità di verificare le condizioni socio relazionali ed ambientali.

Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT. Alle UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- un Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta ed un Assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- un Medico dell'UO distrettuale competente per il caso ed un referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

La UVI svolge i seguenti compiti :

- effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato.

In sede UVI viene individuato il Case Manager o Responsabile del caso, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il Case Manager o Responsabile del caso ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Il Case Manager o Responsabile del caso è colui che verifica la fase operativa e funge da raccordo fra l'équipe operativa e l'UVI.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager* o *Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative.

La valutazione multidimensionale dell'UVI deve essere effettuata con uno strumento specifico: ad oggi è in uso la scheda S.VA.M.A. approvata con la D.G.R.C. 1811/2007 e successive modifiche ed integrazioni al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione.

Il principio della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) viene sancito in modo esplicito dal DPCM 14 febbraio 2001, dove all'articolo 4, comma 3, si recita: *“per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno”*.

Si può definire la valutazione multidimensionale quale *“processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona”*. Per effettuare la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati.

La valutazione multidimensionale rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato.

Il progetto personalizzato

I distretti dovranno utilizzare il progetto personalizzato che nasce dalla necessità di porre al centro del sistema sociosanitario integrato l'individuo portatore di bisogni complessi, cui non è possibile fornire risposta esaustiva ed efficace attraverso l'erogazione di prestazioni semplici (ancorché articolate in un piano assistenziale). Ciò implica che non tutte le persone afferenti all'area distrettuale sono eleggibili per un progetto personalizzato (es.: visita specialistica, programma vaccinale, ecc.).

Un progetto personalizzato dovrà, in tutti i casi, essere definito dall'Unità di valutazione integrata (UVI) nelle persone le cui condizioni richiedono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite alle aree:

- materno-infantile,
- anziani e non autosufficienza
- disabilità
- patologie psichiatriche
- dipendenza da droga, alcool e farmaci
- patologie per infezioni da Hiv
- malati terminale.

Il progetto personalizzato terrà conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. La personalizzazione del progetto implica la condivisione degli obiettivi, delle azioni da svolgere e delle modalità d'intervento, con il paziente e/o i familiari e la responsabilità rispetto ai risultati attesi, le modalità di verifica e la suddivisione del carico economico con tutti gli attori coinvolti.

Gli obiettivi dei progetti personalizzati sono la promozione dell'inclusione e del mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità o in condizioni di bisogno sociosanitario. Il fine è evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso la

istituzionalizzazione sanitaria o sociale e l'assistenzialismo. Tale obiettivo andrà perseguito attraverso la progressiva trasformazione dei bisogni e relativi interventi sanitari a rilevanza sociale, in bisogni ed interventi sociali a rilevanza sanitaria, privilegiando la domiciliarizzazione degli interventi e la permanenza delle persone utenti nei propri contesti familiari e comunitari.

Sul piano operativo, è possibile distinguere 4 fasi entro cui si sviluppa un progetto personalizzato:

- Accesso
- Valutazione multiprofessionale e multidimensionale del bisogno
- Progetto e relativa spesa
- Verifica e valutazione

Obiettivi da raggiungere nel triennio

Gli obiettivi da realizzare nel triennio di validità del presente PSR sono riportati nella tabella che segue:

	1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
Obiettivi Regionali	Approvazione da parte dei competenti organi regionali del provvedimento di riallineamento dei distretti e degli ambiti territoriali	Attivazione di percorsi di accompagnamento e formazione dei direttori dei distretti, dei responsabili dei piani di zona, degli operatori pubblici e del privato sociale impegnati nelle azioni di programmazione sociosanitaria	Monitoraggio e valutazione delle ricadute dei PAT Sociosanitari nella programmazione aziendale
	Costituzione di una Commissione permanente per il coordinamento delle competenze regionali in materia di sanità con quelle delle politiche sociali	Valutazione e Monitoraggio dei PAT Sociosanitari ed eventuali rimodulazioni in itinere	Analisi e Monitoraggio dell'utilizzo dei sistemi informativi dedicati
	Elaborazione di nuove linee di indirizzo per la predisposizione dei PAT sociosanitari che tengano conto anche della programmazione dei PDZ sociali, sia in termini di offerta dei servizi che di uniformità dei tempi di elaborazione	Implementazione dei sistemi informativi dedicati	Valutazione delle performance della Direzione strategica in relazione all'organizzazione del sistema sociosanitario
Obiettivi Aziendali	Recepimento rimodulazione ambiti distretti a livello territoriale	Popolamento dei flussi informativi secondo i cronoprogrammi regionali	
	Presentazione alla Regione dei PAT Sociosanitari Aziendali	Istituzione e formalizzazione di porte unitarie di accesso distrettuali in ogni AASSLL, laddove non ancora costituite	Monitoraggio e valutazione dei PAT Sociosanitari a livello aziendale/distrettuale
	Istituzione, laddove non ancora costituite, e relativa formalizzazione in ogni distretto di una Unità di valutazione integrata per la valutazione di prestazioni complesse	Valutazione e Monitoraggio dei PAT Sociosanitari ed eventuale rimodulazione in base ai bisogni di salute	Valutazione delle performance, dei responsabili sociosanitari Aziendali

5. IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Nell'ambito dello sviluppo del sistema di erogazione dei servizi sociosanitari, per la programmazione regionale riveste particolare importanza il sistema di cure domiciliari che è stato individuato quale area strategica di interventi nella riorganizzazione della filiera di servizi territoriali. Affinché il sistema di presa in carico e di erogazione dei servizi sia appropriato e flessibile occorre riequilibrare l'offerta a favore della domiciliarità per:

- riequilibrare il sistema degli investimenti, liberando risorse;
- produrre un cambiamento nel sistema di erogazione superando l'asimmetria tra rete ospedaliera e rete territoriale dei servizi;
- favorire la long term care per i soggetti cronici e non autosufficienti.

Occorre quindi strutturare un programma di sviluppo dell'area della domiciliarità che sia trasversale a tutte le tipologie di potenziali utenti e soggetti e che favorisca il superamento della frammentazione del sistema di erogazione e organizzazione dei servizi, considerando anche l'integrazione con i servizi socioassistenziali degli ambiti territoriali.

A tal fine la Regione Campania ha predisposto una serie di atti di programmazione definiti anche congiuntamente tra gli uffici dell'area assistenza sociale e sanitaria per fornire indicazioni in merito al sistema di erogazione delle cure domiciliari.

Tale esigenza è nata dalla necessità di recepire quanto disposto dal Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 che ha definito gli obiettivi di innalzamento della qualità della vita misurabili attraverso il miglioramento di servizi di cura alla persona; tra questi per le Regioni Obiettivo convergenza sono stati indicati anche i servizi di assistenza domiciliare integrata –ADI erogata a favore degli anziani ultrasessantacinquenni congiuntamente dal sistema sanitario e dal sistema sociale.

E' stato avviato un meccanismo di concertazione e di definizione di obiettivi comuni nell'implementazione del sistema di cure domiciliari territoriali a partire dalla ridefinizione del sistema regionale di cure domiciliari resa necessaria anche a seguito dell'evoluzione del quadro normativo ed un arricchimento del glossario utilizzato in materia di cure domiciliari.

Si è passati dalla definizione di ADI, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare riabilitativa, assistenza sanitaria alla definizione "Cure domiciliari". Con tale termine si intende quel sistema integrato di prestazioni erogate a domicilio a favore di soggetti in particolari condizioni di non autosufficienza temporanea o durevole o di disabilità accertata.

Con questo termine si distinguono in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio assistenziale e tutelare. Le cure domiciliari *"... consistono in trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana"*. (documento del Ministero della Salute *"Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio"* - 2006)

La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare riorganizza e ridefinisce le cure domiciliari, distinguendo, come di seguito descritto in dettaglio, gli interventi basati su prestazioni -che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali- dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale erogata al domicilio dell'Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Tale documento è stato oggetto di un lungo lavoro di concertazione e programmazione degli uffici regionali competenti della sanità e del sociale, attualmente in fase di recepimento con specifico provvedimento congiunto di Giunta Regionale, nel quale è definito il sistema delle cure domiciliari sociali e sociosanitarie.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Il documento ministeriale citato articola le cure domiciliari in tre tipi:

- Cure Domiciliari di tipo prestazionale;
 - Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello, e terzo livello;
 - Cure Domiciliari palliative per malati terminali.
- Le *Cure Domiciliari di tipo Prestazionale* sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata - U.V.I.
- Le *Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello* comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati articolati come previsto dal documento ministeriale citato. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale.
- Le *Cure Domiciliari Integrate di terzo livello* e le *Cure Domiciliari palliative per malati terminali* (che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze, così come riportato nell'allegato 1 al documento ministeriale citato. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:
- malati terminali (oncologici e non);
 - malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
 - fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
 - pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
 - pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
 - pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

Le cure domiciliari di terzo livello e le cure palliative ai malati terminali, pur se ricomprese in un unico livello assistenziale per l'alta complessità assistenziale, sono erogate da distinte équipe; per i malati

terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte anche il medico di medicina generale, i cui componenti abbiamo un'adeguata formazione e competenza per le cure palliative. Per tale tipologia di cure domiciliari sono stati individuati precisi e specifici indicatori, che nelle tabelle successive sono esposti. Inoltre, si rinvia per le cure palliative ai malati terminali oncologici e non al documento " *Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali*" ¹.

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale- del profilo individuato come terzo livello e cure palliative- concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare. Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico-specialistiche così come riportato nel documento ministeriale.

Gli ospedali che attualmente erogano interventi di ospedalizzazione domiciliare devono necessariamente raccordarsi con il distretto territoriale competente, attraverso specifici protocolli che adeguino le procedure ai nuovi indirizzi nazionali e regionali.

Cure domiciliari: integrazione tra sociale e sanitario

Alle cure domiciliari così definite si affiancano i servizi di tipo domiciliare erogati dai Servizi Sociali: si fa riferimento in particolare al " *Regolamento sull'Accreditamento di attuazione della L.R. 11/ 2007*" (DPGR n.16 del 23.11.09) ed al Nomenclatore dei servizi sociali allegato al Decreto Dirigenziale 871/09 " *Approvazione Indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale Regionale*".

Il sistema regionale di cure domiciliari è pertanto costituito dall'insieme delle cure domiciliari come fino ad ora definito e dall'insieme delle prestazioni socioassistenziali che si integrano.

E' possibile prevedere percorsi integrati socio-sanitari - con attivazione dell'U.V.I. - per la cure domiciliari integrate di primo, secondo ed anche terzo livello e per le cure palliative, nei casi in cui ciò risulti necessario e nelle modalità previste nei regolamenti che ambiti territoriali e distretti sono tenuti ad approvare per la gestione ed erogazione delle cure domiciliari in forma integrata.

In linea generale le prestazioni di tipo socio-assistenziale integrabili con i percorsi di cure domiciliari, per una concreta realizzazione dell'A.D.I./Cure domiciliari integrate sono:

- prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
- visite programmate dell'assistente sociale;
- affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare;
- assistenza tutelare per lo svolgimento delle funzioni essenziali della vita quotidiana e aiuto infermieristico

¹ Decreto Commissariale n. 4 del 10.01.2011

- attività di cura della casa, preparazione pasti, piccole commissioni;
- attività di supporto educativo e sostegno scolastico per minori;
- attività di segretariato sociale per disbrigo pratiche amministrative;
- fornitura di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia e di sussidi didattici specialistici;
- accompagnamento dal domicilio ai servizi sociali, sanitari, formativi;
- organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro;
- fornitura pasti a domicilio;
- attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali e semiresidenziali.
- contributi economici in forma diretta o indiretta;
- telesoccorso e teleassistenza;

Queste prestazioni, di esclusiva titolarità sociale, arricchiscono e sostengono il percorso delle “cure domiciliari” permettendo alle UVI di costruire un progetto personalizzato integrato e finalizzato alla inclusione sociale ed al miglioramento della qualità della vita.

Per le prestazioni tutelari e di aiuto infermieristico, ex DPCM LEA, la titolarità del procedimento amministrativo di gestione può essere dei Comuni dell'Ambito Territoriale, dell'A.S.L., oppure mista Comuni/A.S.L. secondo gli accordi sottoscritti in sede di definizione congiunta del Piano Sociale di Zona e dei P.A.T. ex L.R. 11/07. Il titolare della prestazione può gestirla attraverso le forme previste dalla normativa vigente (gestione diretta, in economia o in affidamento a terzi; accreditamento; concessione, ecc.). In caso di titolarità mista, la gestione può essere esternalizzata, mediante appalto unico, oppure diretta mediante l'integrazione delle figure professionali.

I Direttori generali e i Direttori di distretto valuteranno i suddetti aspetti organizzativi e gestionali in fase di programmazione e di concertazione delle attività di sviluppo e potenziamento del sistema di cure domiciliari.

I soggetti e i ruoli

Il sistema ADI/CDI, finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali, presuppone un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando l'approccio settoriale e specialistico ed integrando competenze e servizi diversi.

I principali attori del sistema territoriale di assistenza domiciliare sono:

per l'Area sanitaria

- Unità Operative Distrettuali;
- Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta;
- Servizi di medicina specialistica;
- Altri servizi Sanitari territoriali e ospedalieri;

per l'Area sociale

- Servizi Sociali Professionali dell'Ambito Territoriale;
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale;
- Altri servizi sociali dell'Ambito Territoriale;
- Enti gestori dei servizi sociali;
- Rete familiare e parentale volontariato;

Le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

- la Richiesta presentata ad uno degli attori della P.U.A., con modulistica specifica e adottata con Regolamento congiunto da ASL e Ambito Territoriale (come previsto anche dalla L.R. 11/07 all'art. 41);

- la proposta di ammissione all'ADI/CDI formulata sulla base di requisiti essenziali dei Servizi Sociali e/o dell'Unità Operativa Distrettuale, in raccordo con il MMG;
- La valutazione multidimensionale a cura delle UVI (Unità di Valutazione Integrata);
- La redazione del Progetto Personalizzato e l'individuazione del Case Manager in sede UVI, con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'Equipe Operativa;
- La dimissione.

Costituiscono un focus rilevante il momento della Valutazione multidimensionale e la redazione/gestione del progetto personalizzato che ad oggi contraddistinguono le cure domiciliari integrate dalle diverse professionalità e componenti istituzionali dalla prestazione puntuale.

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato.

Il Progetto Personalizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari;
- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare in rapporto al bisogno accertato, le modalità di erogazione, il livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- le titolarità, le competenze e le responsabilità di spesa;
- le competenze e le funzioni del responsabile della presa in carico;
- le competenze e le funzioni degli operatori di riferimento e del referente familiare;
- la data di avvio e la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Indicatori e Standard qualificanti il sistema di cure domiciliari

Nel richiamato documento ministeriale sono fissati gli indicatori e gli standard assistenziali minimi relativi alle cure domiciliari. Nello specifico è data particolare enfasi alle cure domiciliari già definite ADI rivolte a pazienti ultrasessantacinquenni.

L'indice di "presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata", è costruito rapportando il numero di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) al totale della popolazione residente anziana (over 65 anni), target: 3,5 %.

Il documento costituisce un utile riferimento per la definizione dei profili di cura in base alla complessità, natura del bisogno e intensità delle cure.

La programmazione unitaria 2007/2013 utilizza tale indicatore per misurare la qualità dei servizi alla persona ed ha assunto quale target lo standard individuato. Al fine di misurare il target individuato, il Ministero della Salute e il Dipartimento dello Sviluppo Economico – DPS hanno definito quale baseline l'anno 2005 a partire dal quale misurare l'incremento numerico in termini percentuali di utenti collocati in assistenza domiciliare integrata. La misurazione di tale indicatore avviene mediante l'unica fonte informativa validata utilizzata sull'intero territorio nazionale: il modello di rilevazione FLS 21 con il quale le aziende sanitarie conferiscono i dati al Ministero della Salute.

La Regione Campania ha elaborato uno piano specifico PIANO DI AZIONE per l'indicatore S06 del Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007 - 2013., con il quale sono state determinate le azioni utili per il raggiungimento di questo target assegnato². In questo documento sono contenute le linee d'indirizzo, le modalità di

² Delibera di Giunta Regionale n. 210 del 6/2/2009 "Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007 - 2013. Provvedimenti"

raggiungimento del target, le risorse da utilizzare di tipo ordinario e non. Inoltre sono stati stabiliti i target su base annua da raggiungere a livello regionale e ad una verifica intermedia effettuata dal Ministero dello Sviluppo Economico e dal Ministero della Salute. La Regione Campania –con i dati rilevati mediante il modello FLS 21 del Flusso informativo ministeriale- è passata dall'1,4% del 2005 (baseline) all'1,86% del 2008 divenuto il nuovo baseline da osservare per la misurazione dell'incremento percentuale su base annua.

Pertanto la Regione Campania in virtù del risultato del 2008 ha ottenuto un premio a valere su risorse FAS da reinvestire nel miglioramento e potenziamento del servizio stesso. A conclusione del ciclo di programmazione, a verifica effettuata, nel caso di raggiungimento del target assegnato la regione Campania potrebbe ottenere un ulteriore premio economico.³

Tabella 1: Indicatori di verifica dell'erogazione delle cure domiciliari

Profilo di cura	Indicatori	Valori standard
Per tutti i livelli	Numero di asl che erogano tutti i livelli/numero totale asl	100%
CD prestazionali	1. Numero malati assistiti 2. Numero malati assistiti/popolazione residente	-
CD integrate di primo, secondo, terzo livello	3. Numero di malati assistiti >65anni/totale popolazione >65anni 4. Numero di malati assistiti >75anni/totale popolazione >75anni	3,5% 7%
Cure palliative malati terminali	5. Numero annuo di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio/numero di malati deceduti per malattia oncologica per anno. 6. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208). 7. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg./numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa.	>45% > al valore soglia individuato per l'indicatore n.4 moltiplicato per 55 (espresso in giorni) 80%
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	8. Numero di malati assistiti x 1.000/totale popolazione	-
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	9. Numero di malati che hanno ricevuto cure domiciliari integrate con le prestazioni sociali domiciliari/numero malati curati a domicilio.	-

Per la trattazione specifica delle cure domiciliari palliative si rinvia al capitolo dedicato ai malati terminali e cure palliative.

³ Delibera n.427 del 25.3.2010 "Meccanismo formale di premialità nell'ambito degli obiettivi di servizio del QSN 2007/2013: approvazione di proposta del documento tecnico e indirizzi regionali per la programmazione dei fondi derivanti dal meccanismo premiale legato al Piano di Azione degli Obiettivi di Servizio". Negli allegati tecnici a tale atto sono fornite le indicazioni sull'applicazione del meccanismo premiale e le modalità di utilizzo dello stesso da parte delle AA.SS.LL. e degli Ambiti territoriali.

Il target regionale medio da raggiungere al 2012 (da verificare entro il 2013) pari al 3,5%, di utenti ultrasessantacinquenni, calcolati sulla intera popolazione residente ultrasessantacinquenne, viene determinato per ciascuna azienda in base alla popolazione.

Come precedentemente riportato, al 2008 - anno in cui è stato fissata la prima verifica intermedia- la percentuale di popolazione anziana in ADI è stata pari al 1,8%; pertanto la distanza media da colmare entro il 2012 è pari a 1,7 punti.

Tutte le AA.SS.LL. concorrono proporzionalmente al raggiungimento di tale target, pertanto per ciascuna di esse è stato individuato un valore standard di riferimento al 2012: per identificare i dati di baseline e target individuali relativi alle nuove 7 ASL, si è provveduto ad accorpare opportunamente i dati disponibili, relativi all'anno 2008 e riferiti alle precedenti 13 ASL. Sono pertanto stati ricostruiti, sulla base dei dati resi disponibili dal Ministero della Salute, i livelli dell'indicatore S06 per ciascuna delle 7 nuove ASL.

Tabella 2 – Target Obiettivo di Servizio S.06 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) al 2012 in base al Baseline del 2008

ASL	pop>64 media asl 2008	casi trattati in adi 2008	Baseline S06 al 2008	Casi da trattare al 2012	target S06 al 2012
Avellino	86.132	2.408	2,8	3.833	4,5
Benevento	60.118	1.073	1,8	2.068	3,04
Caserta	132.301	2.940	2,2	5.129	3,9
Napoli 1	182.706	1.302	0,7	4.325	2,4
Napoli2	113.380	1.361	1,2	3.237	2,9
Napoli3	144.354	2.121	1,5	4.510	3,1
Salerno	197.872	5.713	2,9	9.887	4,5
Totali	916.863	16.918	1,8	32.989	3,5

Di seguito, per facilitare la programmazione, viene fornito il dato relativo all'anno 2009 desunto dal modello FLS 21 in cui sono riportati complessivamente i dati dell'assistenza domiciliare integrata in cui sono inseriti gli anziani, i malati terminali, e gli altri soggetti con bisogno assistenziale complesso.(tab. 3).

Tabella 3: FLS 21 anno di riferimento 2009

	Pop anziana	casi trattati	Di cui anziani al 2008	Percentuale in adi
Avellino	86401	2689	2381	2,8
Benevento	60185	1484	1270	2,1
Caserta	133443	3034	2355	1,8
Napoli 1	183267	1740	1270	0,7
Napoli2	115293	1532	1282	1,1
Napoli3	145578	3250	2753	1,9
Salerno	198541	8750	5889	3
Totali	922708	22434	1720	1,86

Nella tabella 4, anch'essa desunta dal FLS 21, riquadro I, sono riportati i casi di Assistenza Programmata a pazienti non ambulatori come definiti dall' accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale; pertanto essa ricomprende l' assistenza programmata al domicilio del paziente e l'assistenza programmata presso residenze (disciplinata con accordi rimessi a

trattativa regionale). Nella colonna “Medici” è indicato il totale dei medici che hanno concordato gli interventi, nella colonna “Autorizzazioni concesse”, invece il numero di assistiti.

Tab 4 modello FLS 21 riquadro IDi seguito sono riportati i principali elementi da considerare nel

asl	Medici	Autorizzazioni concesse
avellino	146	2.297
benevento	181	9.111
caserta	583	143.881
Napoli 1	1.374	57.714
Napoli 2	637	19.142
Napoli 3	631	25.666
salerno	537	10.556
totali	4089	26387

programmare e costruire un sistema di servizi di cura domiciliare:

- implementazione di un sistema integrato per l'accesso,
- istituzione della UVI con personale di ASL e Ente Locale,
- utilizzo di strumenti condivisi per la valutazione in accesso ed in itinere e per la stesura del Progetto personalizzato al fine di garantire appropriatezza, uniformità e equità nell'accesso e nell'erogazione dei servizi.

Le ASL nella programmazione delle attività ordinarie e di quelle finanziate e programmate con i fondi a destinazione vincolata, ex comma 34 e 34 bis dell'art. 1 della legge 662/96 –FONDI CIPE - devono programmare le proprie attività di cure domiciliari considerando l'obiettivo – Target di riferimento come definito dalla tabella soprariportata. I dati forniti ed esposti in tabella sono indicativi per la programmazione, i competenti uffici regionali provvederanno a fornire dati aggiornati da fonte Istat utili alla programmazione e misurazione dell'indicatore.

Obiettivi da raggiungere nel triennio

Gli obiettivi da realizzare nel triennio di validità del presente PSR sono riportati nella tabella che segue:

	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Diffusione del documento linee di indirizzo sulle cure domiciliari in Regione Campania	Monitoraggio e valutazione dell'impatto del nuovo sistema di cure domiciliari nella organizzazione Aziendale	Verifica ed eventuale rimodulazione degli obiettivi e pianificazione delle azioni in relazione al sistema cure domiciliari
		Completamento dei sistemi informativi dedicati secondo il crono programma ministeriale	Definizione di criteri per la valutazione della performance dei direttori di distretto e dei responsabili delle cure domiciliari
	Definizione del sistema di remunerazione	Monitoraggio dell'applicazione e del raggiungimento del target assegnato ad ogni Azienda per l'ADI	
	Definizione di strumenti di verifica e di monitoraggio dell'applicazione delle linee d'indirizzo		
Obiettivi Aziendali	Definizione di indicatori aziendali	Attivazione del coordinamento delle cure domiciliari nelle AASSLL e/o nelle SPS come programmate nel piano ospedaliero decreto 49/2010	Valutazione della performance dei direttori di distretto in materia di cure domiciliari
	Potenziamento dei sistemi informativi dedicati	Applicazione del sistema di remunerazione	Valutazione delle performance dei responsabili delle cure domiciliari
	Definizione degli standard minimi assistenziali		Valutazione delle partecipazioni dei MMG nei programmi delle cure domiciliari
	Formalizzazione nella programmazione aziendale degli strumenti di valutazione multidimensionale		
	Recepimento ed applicazione delle linee di indirizzo da parte delle AASSLL		

6. II PERCORSO NASCITA

La Regione Campania, che vanta un alto indice di natalità, ma anche una mortalità perinatale precoce e tardiva elevata rispetto alla media nazionale, è ancora lontana da una soddisfacente soluzione dei compiti primari dell'assistenza ostetrica e neonatale (identificabili nella definizione del percorso-nascita, nella diminuzione del tasso dei tagli cesarei, nella diminuzione della mortalità e della morbilità perinatale, etc), anche se il divario con le regioni del Nord si è significativamente ridotto.

Tale situazione, che deriva anche da motivazioni di ordine sociale, economico e culturale, trova riscontro, in larga parte, in carenze strutturali ed organizzative e in una cultura perinatale non ancora adeguatamente sviluppata.

A distanza di 10 anni, non risultano ancora realizzate le indicazioni del PSN 1998-2000 e del Progetto obiettivo materno infantile 1998-2000, che avevano definito dei modelli assistenziali ostetrico-neonatologici integrati in una visione unitaria dell'assistenza della madre e del neonato, che prevedeva la partecipazione attiva al percorso-nascita delle strutture del territorio e della rete ospedaliera regionale.

La validità delle indicazioni del POMI è stata testimoniata anche recentemente dai primi risultati, presentati il 28/4/2010, di un progetto finanziato dal Ccm-Ministero della Salute: "Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi", il cui riferimento normativo è il POMI. I dati indicano che mentre le pratiche raccomandate dal POMI producono migliori esiti, quelle non raccomandate producono danni. In particolare emerge l'importanza dei consultori familiari nel produrre migliore qualità, confermando la giustezza dell'investimento che su questi servizi fa il POMI

Appare quindi necessario un programma di interventi per promuovere e migliorare qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita; tale programma deve essere basato sul Progetto Obiettivo Materno Infantile, tenendo conto del progetto "Salute della donna e del neonato – Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato – Linea progettuale 2 – All. D" approvato dalla Regione Campania con del n° 1613 del 15/10/ 2008, in base agli Accordi Stato-Regioni ai sensi dell'art. 4 del DL n. 281 del 28/08/1997, e del Decreto Commissariale n. 49 del 27.09.2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale e modifica del piano Ospedaliero regionale", nonché della "bozza provvisoria" del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, e degli altri Atti Regionali inerenti tale problema

Azioni

Riqualificazione della rete dei Consultori Familiari

L'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio richiede una continuità assistenziale, un sinergismo fra il Territorio e l'Ospedale.

I Consultori familiari, sono un importante strumento per attuare gli interventi previsti per la gravidanza. Nello specifico il consultorio deve assicurare:

- la prima presa in carico della donna gravida con lo scopo di eseguire una prima valutazione del livello di rischio;
- la gestione della gravidanza fisiologica fino alla 36^a settimana;
- l'invio guidato al punto nascita alla 36^a settimana (ambulatorio gravidanza a termine);
- l'invio guidato al punto nascita in qualunque momento in caso di gravidanza a rischio o patologia (ambulatorio gravidanza a rischio);
- il controllo delle donne in puerperio;
- misure di promozione e sostegno dell'allattamento al seno.

Si procederà pertanto a ricostruire e riqualificare della rete dei Consultori Familiari, individuando nell'ambito della programmazione aziendale di :

- uno spazio dedicato all'interno del Distretto, per un'offerta integrata di servizi-sociosanitari alla donna/coppia/famiglia

- offerta di educazione alla salute e di informazione sanitaria continua,
- offerta di corsi di preparazione alla nascita,
- presenza di mediatori culturali nelle aree in cui è elevata la presenza di donne e famiglie extracomunitarie,
- l'implementazione fino alla messa a regime del piano della prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile.

Carta dei Servizi per il percorso nascita

E' necessario garantire servizi di assistenza perinatale di elevata qualità e appropriatezza durante tutto il percorso nascita. Per tale percorso deve essere predisposta, da ogni Punto Nascita, la Carta dei Servizi nella quale, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e trasparenza, siano contenute, come previsto dalla DGR 2413 del 25/07/03, indicazioni riguardanti

- a. Informazioni generali sulla operatività dei servizi:
 - numero annuale di accessi ostetrici
 - numero annuale di parti effettuati
 - numero annuale di parti fisiologici
 - percentuale di episiotomie praticate
 - numero annuale di parti cesarei programmati
 - numero annuale di parti cesarei d'urgenza
 - tasso di mortalità materna e neonatale annuale
 - presenza di unità di patologia neonatale/unità di terapia intensiva neonatale
 - presenza di unità specializzate nelle gravidanze a rischio per patologie materne o fetali e informazioni sulla rete assistenziale
 - numero di figure professionali garantite ad ogni turno di guardia
 - rete sanitaria di integrazione tra servizi territoriali (consultorio ed U.O materno-infantili) ed ospedalieri per l'assistenza in gravidanza
- b. Informazioni per ogni donna che accede al Punto Nascita
 - percorso previsto durante tutto il periodo finale della gravidanza fino all'accoglienza nel punto nascita, al parto ed alla dimissione, le misure previste per il sostegno dell'allattamento al seno e l'eventuale supporto psicologico
 - sostegno previsto alle donne di diversa etnia con problemi legati alla competenza linguistica, alla disabilità o fragilità, possibile disponibilità di un mediatore culturale
 - tipologia di parto offerto
 - presenza di una accettazione ostetrica o un P.S. ostetrico dedicato
 - composizione del team di ostetricia-ginecologia e neonatologia, con indicazione della professione e del ruolo
 - possibilità offerte di Parto-Analgesia
 - possibilità al momento del parto di avere accanto il compagno o altra persona gradita
 - disponibilità di rooming-inn
 - percentuale di neonati allattati al seno alla dimissione
 - possibilità di seguire corsi di accompagnamento alla nascita rivolti alla donna ed alla coppia, per lo sviluppo delle competenze necessarie per gestire con efficacia e in sicurezza la gravidanza, il parto e il puerperio
 - informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato, per favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico
- c. Possibilità di fornire indicazioni per il miglioramento ulteriore della qualità del servizio offerto
- d. Possibilità di effettuare reclami, encomi e di segnalare eventuali eventi avversi all'Azienda Sanitaria di riferimento.

L'Assessorato alla Sanità verificherà periodicamente quanti Punti Nascita abbiano attivato la carta dei servizi, e quali informazioni vengono fornite, pubblicando sul sito web della Regione un Rapporto Annuale della Carta dei Servizi, con i dati relativi ad ogni Centro della Campania.

Linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo

Alle “Linee Guida per l’assistenza al parto fisiologico” (DGR 2413 del 25/07/03), alle “Norme per la promozione del parto fisiologico”, L.R.n.2 del 02/03/06, all’”Indicazione alla riduzione dell’incidenza del taglio cesareo- DGR n.118 del 02/02/05, “Linee Guida alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere sulla promozione dell’allattamento al seno” (L.R. n.2041 del 23/11/07), prodotte dalla Regione Campania e già diffuse fra gli operatori sanitari, si sono aggiunte nel 2010 la Linea Guida “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole”, per la quale è stata predisposta una versione divulgativa “Taglio cesareo solo quando serve”, e la “Linea Guida della **Gravidanza fisiologica**”, prodotte dall’Istituto Superiore di Sanità su mandato del Ministero della Salute .

L’Assessorato alla Sanità, di concerto con l’ARSAN, svilupperà un piano per diffondere le linee guida, ed elaborerà percorsi organizzativi e protocolli diagnostico-terapeutici basati sulle raccomandazioni, che le singole Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere tradurranno in azioni concrete, in percorsi clinico-assistenziali aziendali, mirati a promuovere l’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita ed alla riduzione del taglio cesareo.

Per le problematiche relative all’alto tasso di taglio cesareo tuttora presente in Campania, nonostante le misure finora attuate, saranno previsti, nel sistema di accreditamento istituzionale specifici profili di qualità al fine di garantire adeguati livelli di appropriatezza.

Le Direzioni Aziendali identificheranno le principali criticità e barriere al cambiamento, per realizzare un’implementazione “mirata” delle raccomandazioni su particolari aree critiche, attraverso la stesura di specifici protocolli e lo sviluppo di percorsi clinici integrati. In ogni ASL/struttura si dovrà costituire un panel multiprofessionale di operatori sanitari, coinvolti nell’assistenza alla gravidanza e al parto, per lo sviluppo di percorsi clinico-organizzativi finalizzati all’implementazione mirata delle raccomandazioni SNLG su specifiche aree critiche. La formazione degli operatori sarà basata sul confronto tra le raccomandazioni e la pratica quotidiana, anche attraverso Corsi ECM, riunioni, ed audit periodici per verificare le criticità incontrate nella messa in pratica dei percorsi.

Formazione degli operatori

E’ necessario attivare, nell’ambito della formazione continua ECM regionale ed aziendale, dei percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita, che prevedano anche attività formativa sulle metodiche farmacologiche e non per il controllo del dolore , e sulla sicurezza del percorso nascita (basata sulla “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto” del Ministero della Salute), promuovendo l’audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate.

Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto

In Campania, come nelle varie parti del nostro Paese, le procedure di Parto-Analgesia sono diffuse con modalità non omogenee ed insufficienti anche per la carenza di personale anestesilogico.

La tecnica deve far parte di un percorso definito di accompagnamento alla gravidanza e al parto, ma deve essere preceduta da una informazione adeguata sulle indicazioni, le controindicazioni e i possibili rischi per la madre e per il bambino e sulle possibili modifiche temporali del travaglio di parto. L’informazione deve comprendere l’illustrazione della metodica anestesilogica e delle altre tecniche di supporto per il controllo del dolore, anche di quelle non farmacologiche.

Per praticare la Parto-Analgesia in una struttura di ricovero, è necessario mettere a punto protocolli diagnostico terapeutici condivisi dall’anestesista-rianimatore, dai ginecologi-ostetrici, dai neonatologi e/o pediatri e dalle ostetriche, ed attivare programmi di formazione sulla partoanalgesia per tutte le figure professionali coinvolte, in cui si trattino le modalità di attuazione della procedura, il riconoscimento degli effetti collaterali e delle complicanze, la prevenzione del rischio materno e neonatale.

L'Assessorato alla Sanità provvederà a verificare all'interno delle Aziende sanitarie la disponibilità della pratica di parto-analgesia per le donne che ne facciano richiesta, nonché a provvedere a rendere pienamente operativa, su tutto il territorio regionale tale innovativa procedura e a concordare con l'ARSAN iniziative formative tese a favorire la diffusione di pratiche contro il dolore nel campo dell'assistenza alla donna gravida,

L'Assessorato alla Sanità effettuerà pertanto una ricognizione per verificare in quanti Punti Nascita della Campania viene praticata la Parto-Analgesia, quanti e quali protocolli diagnostico-terapeutici sono stati elaborati, quanti e quali programmi di formazione specifica a livello regionale (concordati con l' ARSAN) o aziendale sono stati attivati o sono previsti.

Istituzione di un Comitato permanente per il percorso nascita

Al fine di assicurare una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita, verrà istituito presso l' Assessorato alla Sanità un Comitato per il Percorso Nascita (CPN), a cui sarà affidata la funzione di coordinamento e verifica delle attività. Una funzione analoga verrà istituita a livello di ogni Azienda Sanitaria Locale.

Obiettivi da raggiungere nel triennio

Gli obiettivi da realizzare nel triennio di validità del presente PSR sono riportati nella tabella che segue:

	1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
Obiettivi Regionali	Elaborazione di un Piano per la diffusione delle linee guida sulla gravidanza fisiologica ed il taglio cesareo	Monitoraggio della riqualificazione della rete consultoriale e della realizzazione della rete dei Servizi Integrati	Pubblicazione di un rapporto annuale sullo stato della parto analgesia
	Emanazione di linee guida per la riqualificazione della rete consultoriale nonché per la realizzazione di una Rete di Servizi Integrati	Valutazione e Monitoraggio dell'adozione delle Carta dei Servizi aziendale	Monitoraggio della riqualificazione della rete consultoriale e della realizzazione della rete dei Servizi Integrati
	Costituzione Comitato Permanente per il Percorso Nascita.	Completamento del percorso di accreditamento istituzionale dei punti nascita	
	Ricognizione dei Punti Nascita che praticano la parto analgesia e successiva emanazione di specifiche linee di indirizzo		
Obiettivi Aziendali	Adozione Carta dei Servizi per il percorso nascita	Implementazione delle linee guida per la realizzazione della rete consultoriale e dei servizi integrati.	Piena realizzazione degli obiettivi fissati nelle linee guida per la riqualificazione della rete consultoriale e della rete dei Servizi Integrati
	Adozione delle linee guida regionali sulla rete consultoriale	Attivazione di specifici percorsi assistenziali per le pratiche di parto analgesia	Piena realizzazione degli obiettivi fissati dalle linee di indirizzo per la parto analgesia
	Costituzione Comitato Aziendale per il Percorso Nascita.		

7. LA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE

L'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni custodiali rappresenta l'occasione per ripensare l'attuale modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978.

Il riordino della Sanità Penitenziaria, per la molteplicità e complessità dei modelli organizzativi e dei livelli istituzionali che sottende, non può essere pensato come un evento che si realizzi in maniera istantanea, ma come un processo che segua tappe e tempi definiti. Si ritiene perciò indispensabile che avvenga nel rispetto della competenza programmatica e normativa propria della Regione, in coerenza con il modello regionale della Campania e armonizzato con la realtà nazionale, nel rispetto dei principi ispiratori esplicitati nel PSR e delle politiche organizzative e di intervento ivi rappresentate.

In considerazione di quanto enunciato, dall'affermazione della volontà politica regionale di recepire e definire il processo di riordino della sanità penitenziaria nel rispetto dei principi e delle linee di riferimento enunciati nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 – “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale, n° 126, del 30 maggio 2008 - ne discende la necessità di individuare un modello organizzativo agile e formalmente snello nella struttura ma che permetta, nell'immediato, il recepimento delle funzioni trasferite e garantisca, al contempo, l'avvio di un processo di riordino che parta dall'esistente per giungere in un momento successivo ad un modello definitivo.

E' al contempo necessario che il modello organizzativo che ci si accinge a definire garantisca la continuità nell'erogazione delle specifiche prestazioni in tutti gli Istituti penitenziari e Ospedale Psichiatrico Giudiziario della Regione Campania.

Il contesto sanitario di riferimento: alcuni dati epidemiologici.

I dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) – Ministero della Giustizia, indicano che negli Istituti Penitenziari campani erano presenti, al 31.12.2008, 7185 detenuti, ma al 30.06.2009 il numero dei presenti era già risalito a 7683, rispetto ad una capienza ufficiale di 5311 posti. Al 31.12.2009 il numero complessivo dei presenti è stato di 7594, ed il numero dei nuovi ingressi dalla libertà è stato complessivamente di 10821. Al 31.12.2010 il numero dei detenuti presenti negli istituti penitenziari campani era di 7610.

Negli istituti penali per minori della Campania di Airola e Nisida sono mediamente ospitati rispettivamente circa 35 e oltre 60 minori, mentre presso il Centro di Prima Accoglienza di Napoli le presenze nell'anno 2009 sono state di 386 minori.

Attualmente, non sono disponibili dati epidemiologici attendibili che descrivano lo stato di salute dei detenuti ristretti negli istituti penitenziari campani.

È plausibile ritenere che scorretti stili di vita, l'abitudine al fumo ed al consumo di alcool, l'utilizzo di sostanze illegali incidano pesantemente sullo stato di salute complessivo della popolazione. A ciò si aggiungono comportamenti alimentari non corretti, sedentarietà che determinano aumento eccessivo del peso corporeo. Da uno studio condotto dall'ARS della Regione Toscana (l'unico disponibile) emerge allarmante la diffusione, all'interno delle strutture penitenziarie, dei disturbi di natura psichica, delle malattie dell'apparato digerente e delle malattie di tipo infettivo e parassitario, tutte riconducibili a condizioni ambientali caratterizzate da un forte stato di deprivazione socio-economica, condizione che non può che aggravarsi durante la detenzione. In particolare, il disturbo mentale da dipendenze da sostanze rappresenta la principale patologia psichica.

Particolarmente allarmante è il fenomeno relativo al suicidio, al tentativo di suicidio ed a comportamenti autolesionistici; i dati nazionali disponibili descrivono una percentuale di suicidi all'interno degli istituti penitenziari fino a venti volte superiore alla media nazionale.

L'esperienza acquisita in questi anni consente di affermare che l'epatite C (HCV) è la malattia infettiva più diffusa nel carcere. Colpisce oltre il 38 per cento della popolazione detenuta, mentre nelle donne la prevalenza si attesta sul 30 per cento. La prevalenza più alta si registra nei detenuti tra i 35-40 anni. Il sovraffollamento, l'uso in comune di oggetti taglienti come rasoi, tagliaunghie e di spazzolini da denti ne favoriscono la trasmissione.

Ugualmente critica è la diffusione dell'HIV all'interno dei penitenziari, anche se i dati disponibili non sono particolarmente attendibili, in quanto il numero dei detenuti che si sottopongono all'esame varia in maniera considerevole sia in ambito regionale che locale.

Uno studio sierologico-epidemiologico condotto in collaborazione tra il D.A.P., l'Istituto Superiore di Sanità, le Università di Sassari e Roma "Tor Vergata", ha raccolto, dopo consenso informato, i dati anagrafici, anamnestici e clinici dai diari clinici di 1.620 detenuti presenti in 14 istituti penitenziari rappresentativi del 14,6% della popolazione detenuta nazionale. Il tasso di esecuzione del test di screening HIV (82,4%) è risultato decisamente superiore a quello riportato nelle statistiche ufficiali del D.A.P. (37,7%), con una sieroprevalenza per anti-HIV del 7,5% rispetto al 2,2% conosciuto. Questi dati suggeriscono che in tale ambito l'incremento dell'offerta e dell'esecuzione dei test sierologici porta all'emersione del dato sommerso ed indica come la popolazione sieropositiva giornalmente detenuta negli Istituti penitenziari italiani possa essere attualmente stimata tra le 3 e le 4.000 unità.

Nella popolazione detenuta femminile la diffusione di Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) appare superiore a quanto rilevabile nella popolazione generale. Anche nella popolazione maschile, sia per i comportamenti adottati durante la libertà che per eventuali occasionali comportamenti omosessuali durante la carcerazione, il rischio di MST può essere elevato, ma non si dispone di dati che consentano di formulare stime del fenomeno.

Il complesso iter del trasferimento delle funzioni: le azioni già realizzate.

Il processo di riordino della sanità penitenziaria nel rispetto dei principi e delle linee di riferimento enunciati nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 ha comportato l'adozione di una molteplicità di atti formali quali indispensabili presupposti per l'effettiva presa in carico della funzione trasferita.

A tal fine, sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- con DGRC n. 1551 del 26.09.2008 è stato recepito il DPCM sopra citato; a seguire sono stati adottati i decreti dirigenziali consequenziali per il trasferimento del personale;
- con DGRC n. 858 dell'8.05.2009 sono stati approvati gli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate ed in particolare la Linea d'intervento 1 – La garanzia dei LEA: "Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania; attivazione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o già prorogata.";
- con DGRC n. 1812 dell'11.12.2009 sono state definite le azioni per la realizzazione di forme di collaborazione tra ordinamento sanitario ed ordinamento penitenziario e della giustizia minorile per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo di cui agli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 ed è stato approvato il relativo schema di Accordo di Programma che è stato sottoscritto in data 28.12.2009;
- con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 38 del 19 febbraio 2010, confermato dal DPGR n. 177 del 2010 è stato istituito l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria;

- con Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 22.06.2010 è stato approvato lo schema di contratto per il personale sanitario che presta servizio negli Istituti e Servizi penitenziari per adulti e per minori della Campania;
- con DGRC n. 552 del 22 luglio 2010 si è preso atto dei seguenti accordi, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di assistenza sanitaria penitenziaria:
 - Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo di polizia Penitenziaria" (rep. 51/CU del 29.10.2009);
 - Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano" (rep. 81/CU del 26.11.2009);
 - Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria" (rep. 82/CU del 26.11.2009);
 - Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata (rep. 83/CU del 26.11.2009);
 - Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Definizione di specifiche aree di collaborazione e indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'Allegato C del D.P.C.M. 1.04.2008 (rep. 84/CU del 26.11.2009).
- con DGRC n. 669 del 08.10.2010 è stata approvata la ricognizione delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia ai fini del trasferimento in proprietà alle AASSLL ai sensi dell'art. 4 del d.p.c.m. 1/4/2008 e sono stati adottati i decreti dirigenziali conseguenti;
- con DGRC n. 18 del 28.01.2011 si è preso atto dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano concernente l'approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del d.p.c.m. 1 aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle aziende sanitarie locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie (rep. 29 Conferenza Unificata del 29.04.2009) e sono stati indicati i provvedimenti consequenziali.

Sostanzialmente concluso il complesso iter amministrativo sotteso al trasferimento delle funzioni, è ora necessario individuare i principi di riferimento ai quali ispirare le azioni da intraprendere per garantire ai detenuti ed agli internati ristretti negli Istituti della Regione Campania il pieno esercizio del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione.

I principi di riferimento

Si ritiene indispensabile, nel momento di avvio del processo di riordino della sanità penitenziaria sul territorio regionale, esplicitare i principi di riferimento e le opzioni etiche e di partenza del lavoro poiché queste ne impostano e definiscono l'impianto progettuale.

L'assunto è l'orientamento alla persona destinataria dell'intervento, ed in particolare al detenuto che si rivolge al SSR nelle sue articolazioni organizzative e funzionali. Al detenuto è necessario garantire l'esigibilità del diritto alla salute, così come enunciato dalla Costituzione della Repubblica Italiana all'art. 32.

Definito ciò che è funzionale a garantire l'esigibilità del diritto alla salute da parte del detenuto, è possibile allora delineare un impianto progettuale che veda al centro, e come punto di partenza, i problemi dei destinatari dell'intervento. Le prestazioni, intese come aree di funzioni, saranno pertanto inquadrare all'interno delle funzioni sanitarie che l'organizzazione dovrà erogare.

I principi hanno una loro coerenza interna e sono, tra loro, strettamente interconnessi. Essi si declinano in:

- Comprensione dei problemi e definizione dei processi operativi secondo un principio clinico-tecnico
- Attivazione delle risorse
- Apertura all'esterno
- Economicità, nel senso di efficacia ed efficienza nell'esercizio delle funzioni

I processi operativi e le soluzioni organizzative devono essere mobili e adattabili ai diversi problemi, riferirsi a criteri scientifici, coerenti con le richieste, mirate alle specificità dei destinatari. E' perciò necessario che ci sia una forte integrazione tra le diverse figure professionali, tra i gruppi di lavoro, tra le diverse sedi operative, tra le molteplici articolazioni delle diverse istituzioni coinvolte. I referenti ed i responsabili delle specifiche funzioni, in questo senso, hanno la responsabilità organizzativa di accompagnare e curare i processi di integrazione tra le diverse figure professionali e tra i gruppi di lavoro.

La varietà dei problemi che si affrontano quotidianamente rende indispensabile un'offerta di proposte che sia differenziata e personalizzata al singolo destinatario. E' necessario avere cura della costruzione di progetti di intervento specifici per ogni destinatario e, contestualmente, dell'adeguatezza e della qualità delle procedure e degli interventi di routine. La valutazione complessiva della situazione e le modalità di intervento, che tengono conto delle variabili in gioco, oltre che delle numerose previsioni normative, rendono ancor più importante il coinvolgimento dei destinatari nella formulazione stessa del progetto di lavoro e nella sua realizzazione (principio della attivazione delle risorse).

Perché dunque il lavoro si sviluppi in termini specifici/specialistici è necessario che vi sia l'attivazione dei Destinatari, non solo i Destinatari diretti, ma tutti i soggetti implicati: il lavoro è così orientato a sviluppare le risorse dei soggetti destinatari, quelle del Servizio, quelle dell'Azienda, quelle delle Istituzioni, in sintesi le risorse presenti nel contesto (principio dell'apertura all'esterno, di efficacia ed efficienza, e clinico-tecnico).

Porsi come attivatori di risorse per ogni Destinatario, significa individuare con lui (co-costruire) qual è il problema e con quali colleghi/Servizi è possibile ed è più utile lavorare. (principio clinico-tecnico). Gli aspetti che informano l'intero processo, sono quello economico (possibilità di utilizzo delle risorse) e quello delle competenze tecniche.

Quanto all'aspetto delle competenze tecniche esso prevede:

- Flessibilità dei processi e varietà degli interventi, non vincolati a procedure standard;
- Al contempo, l'individuazione e l'adozione di protocolli operativi di riferimento in relazione a processi di lavoro specifici, e tali da permettere, al di fuori di un mero approccio burocratico, il monitoraggio e la valutazione di qualità della prestazione erogata attraverso la verifica degli indicatori di processo e di risultato, nonché della rispondenza dei processi e degli obiettivi rispetto agli standard di riferimento adottati;
- qualità del lavoro, definito da riferimenti tecnici e scientifici;
- Investimento dell'organizzazione sulla formazione, individuale e di gruppo, degli operatori.

Quanto all'aspetto economico, esso prevede la possibilità di utilizzare i finanziamenti finalizzati per l'assistenza sanitaria penitenziaria, trasferiti alle Regioni ai sensi dell'art.6 del DPCM del 1 aprile 2008 che garantiscono la copertura finanziaria delle azioni proposte, fino alla definitiva messa a regime del sistema.

Declinazione dei principi: attribuzione dei livelli di responsabilità.

Il livello regionale

La Regione Campania garantisce, per il tramite delle strutture delle AA.SS.LL. territorialmente competenti (Distretti Sanitari e Dipartimenti Aziendali) l'assolvimento di tutte le funzioni sanitarie

transitate al SSR dall'Amministrazione Penitenziaria - intendendo la medicina penitenziaria quale attività di tipo territoriale - e ne assicura il coordinamento.

Essa, quindi, nel rispetto dei compiti e delle funzioni gestionali delle singole Aziende Sanitarie, garantisce un omogeneo percorso per la presa in carico della Salute in Carcere da parte del Sistema Sanitario Regionale. Assicura inoltre il raccordo e le necessarie sinergie con l'Osservatorio Permanente Regionale sulla Sanità Penitenziaria che, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, è preposto al monitoraggio delle attività dei servizi sanitari penitenziari, attraverso le funzioni di:

- analisi del volume delle prestazioni erogate;
- valutazione epidemiologica sulle caratteristiche dell'utenza e pattern di trattamento;
- descrizione della condizione igienico sanitaria;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, livello ed esito a livello regionale.

Il livello aziendale

Il D. Lgs. n. 230/1999 prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna regione.

La definizione dei modelli organizzativi, giusto quanto previsto dagli Allegati A e C al D.P.C.M. 1.04.2008, dovrà tener conto di criteri diversificati, quali il numero dei detenuti previsti per capienza negli istituti di pena, ma anche la tipologia dei ristretti (minori, donne, disabili, persone affette da specifiche patologie), o particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, ecc.).

Attesa la complessità della situazione penitenziaria del territorio della Regione Campania, sul quale insistono 15 istituti penitenziari per adulti, dei quali due con annesso Centro Diagnostico Terapeutico, due Ospedali Psichiatrici Giudiziari e due Istituti Penitenziari Minorili, complessità che impone l'adozione di modelli organizzativi adeguati ed eventualmente differenziati in relazione alle peculiari situazioni territoriali, si rinvia a successivo atto, che dovrà essere adottato entro 60 giorni dalla adozione del presente Piano, contenente le Linee Guida per l'adozione dei modelli organizzativi aziendali che siano in grado di supportare tutte le funzioni attribuite alle Aziende Sanitarie Locali dal DPCM 1.4.08 e scaturenti dall'applicazione dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata (Rep. n. 102/CU del 20 novembre 2008) e dall'Accordo di programma sottoscritto il 28/12/09.

In grandi linee, tali funzioni possono individuarsi in:

- funzioni di coordinamento organizzativo; di integrazione intraziendale (attraverso il "Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere" al quale spetterà prioritariamente il compito di predisporre il "Piano dell'offerta dei servizi sanitari penitenziari"); di consulenza e di raccordo con gli uffici regionali e dell'Amministrazione Penitenziaria/CGM, da allocarsi centralmente;
- funzioni connesse alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree della medicina di base, continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale, da allocarsi a livello distrettuale;
- funzioni connesse al coordinamento ed ai livelli essenziali di assistenza per le dipendenze patologiche all'interno degli Istituti penitenziari del territorio di competenza, da allocarsi nell'ambito del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche; tale attività deve comprendere specifiche ed idonee operatività per le persone con doppia diagnosi, da definire e rendere operative di concerto con il DSM competente;
- funzioni relative all'organizzazione degli interventi per la tutela della salute mentale in tutti gli Istituti penitenziari del territorio aziendale, ivi comprese eventuali sezioni di osservazione psichiatrica, da allocarsi presso il Dipartimento di Salute Mentale.

In particolare, le Aziende Sanitarie Locali sul cui territorio insiste un O.P.G. dovranno garantire la realizzazione del Programma Operativo regionale "Superamento O.P.G."finalizzato a:

- la dimissione degli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni che comprendano forme di inclusione sociale adeguata e coinvolgendo i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere;
- il ritorno nelle carceri di provenienza dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena. Questa azione è resa possibile solo dopo l'attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri;
- assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari, garantendo idonee risposte ai bisogni di tutta la popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari dell'ambito territoriale di competenza della singola ASL;
- la riorganizzazione delle attività di degenza ospedaliera destinate ai pazienti detenuti o internati

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27.09.2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dimissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni." non individua esplicitamente "posti letto dedicati ai detenuti" negli Ospedali della Regione Campania.

Con successivo provvedimento, che sarà adottato entro 90 giorni dall'approvazione del presente piano, saranno pertanto individuati, a livello provinciale e nell'ambito della complessiva riorganizzazione, il numero di p.l. destinati al ricovero di detenuti.

Nella tabella che segue sono indicati gli obiettivi da conseguire nel triennio.

	1° anno	2° anno	3° anno
	Approvazione delle Linee Guida regionali per l'adozione dei modelli organizzativi aziendali per la tutela della salute in carcere	verifica dell'applicazione dei modelli organizzativi aziendali per la tutela della salute in carcere	
Obiettivi Regionali	Adozione del provvedimento di individuazione, a livello provinciale, del numero di p.l. destinati al ricovero di detenuti.	Avvio del sistema informativo Sanità penitenziaria (SISPE)	verifica e analisi dei dati provenienti sistema informativo Sanità penitenziaria (SISPE) ai fini della riprogrammazione delle attività
	formale affidamento all'OER delle funzioni connesse a: analisi del volume delle prestazioni erogate; valutazione epidemiologica sulle caratteristiche dell'utenza e pattern di trattamento; descrizione della condizione igienico sanitaria; supporto alla costruzione di indicatori di struttura, livello ed esito a livello regionale.	avvio di programmi di formazione congiunta con PRAP e CGM	prosecuzione dei programmi di formazione congiunta con PRAP e CGM
	completamento delle procedure in atto relative all'utilizzo dei locali interni agli istituti penitenziari per l'assolvimento delle funzioni sanitarie trasferite	verifica dello stato di attuazione dei protocolli di intesa tra ASL e Direzioni penitenziarie	
	Indirizzi regionali per la redazione dei protocolli di intesa tra ASL e Direzioni penitenziarie	monitoraggio del programma operativo regionale finalizzato al superamento OPG	monitoraggio del programma operativo regionale finalizzato al superamento OPG
	Completamento delle procedure per l'uniforme inquadramento giuridico ed economico del personale trasferito	valutazione dei dati relativi a : volume delle prestazioni erogate; valutazione epidemiologica sulle caratteristiche dell'utenza e pattern di trattamento; descrizione della condizione igienico sanitaria.	verifica ed analisi dei dati provenienti dall'OER ai fini della riprogrammazione delle attività
	approvazione del programma operativo regionale finalizzato al superamento OPG	approvazione di indirizzi regionali per la presa in carico del paziente detenuto (adulto o minore) con patologia psichiatrica e/o tossicodipendente	
	rilevazione dei sistemi informativi in uso ai fini della rilevazione dei dati di attività relativi all'assistenza sanitaria penitenziaria	approvazione di indirizzi regionali per la riduzione del rischio suicidario nelle carceri	
Obiettivi Aziendali	Adozione del modello organizzativo previsto dalle linee guida regionali	collaborazione nella realizzazione dei programmi di formazione congiunta con PRAP e CGM	collaborazione nella realizzazione dei programmi di formazione congiunta con PRAP e CGM
	Istituzione del gruppo di lavoro aziendale per la tutela della salute in carcere con funzioni di coordinamento ed integrazione intraaziendale	redazione ed approvazione della "Carta dei Servizi sanitari penitenziari" per ciascun istituto	implementazione dei modelli di presa in carico del paziente detenuto con patologia psichiatrica e/o tossicodipendente
	Programmazione delle attività e predisposizione del "Piano dell'offerta dei servizi sanitari penitenziari", adottato con atto Aziendale.	Riduzione dei tempi di attesa attraverso il governo della domanda e dell'offerta delle prestazioni nel rispetto dei tempi e delle modalità riportate nei Piani aziendali e secondo di indirizzi nazionali e regionali	implementazione di modelli organizzativi aziendali finalizzati alla riduzione del rischio suicidario nelle carceri
	adattamento dei sistemi informativi in uso ai fini della rilevazione dei dati di attività relativi all'assistenza sanitaria penitenziaria	Popolamento del sistema informativo formalmente adottato ai fini della rilevazione dei dati di attività relativi all'assistenza sanitaria penitenziaria	
	Popolamento dei sistemi di informativi in uso ai fini della rilevazione dei dati di attività relativi all'assistenza sanitaria penitenziaria		

8. LE RETI

8.1 La Rete della disabilità e dei percorsi riabilitativi

Il contesto

Negli ultimi anni la pratica riabilitativa ha conosciuto in tutto il mondo un profondo cambiamento sul piano metodologico ed organizzativo. Quattro sono gli elementi di maggiore rilevanza, tra loro strettamente correlati, che ne stanno alla base:

- Il riconoscimento della centralità della persona disabile e della sua famiglia nell'organizzazione dei servizi e nella progettazione degli interventi. Il paziente e la sua famiglia non sono più l'oggetto dei trattamenti riabilitativi; non ricevono semplicemente trattamenti, prestazioni o servizi, ma vengono integrati nel team riabilitativo come sue componenti attive.
- La necessità di un approccio globale al paziente inteso come unità bio-psico-sociale secondo un intervento che si connota fortemente come un processo di soluzione di problemi.
- Il passaggio da un modello orientato a erogare prestazioni a uno finalizzato a raggiungere determinati, ben definiti e misurabili outcomes degli interventi riabilitativi.
- L'emergere sempre maggiore della consapevolezza che, di fronte al moltiplicarsi delle conoscenze e ai progressi in campo scientifico e tecnologico, la maggior parte dei processi di cura richiede l'intervento coordinato e integrato di diverse tipologie di operatori e di diversi livelli assistenziali; il lavoro di gruppo è diventato, almeno nelle intenzioni, una delle modalità prevalenti di operare in ambito sanitario in contrasto con approcci di tipo individuale o di tipo gerarchico.

Oggi, infatti, una prestazione non può più svolgersi all'interno di un rapporto biunivoco tra operatore e paziente, ma è parte integrante di un processo nel quale le azioni dei singoli professionisti sono in qualche modo interdipendenti da quelle di altri operatori.

E' necessario superare la frammentazione dell'azione sanitaria e realizzare interventi che abbiano come obiettivo centrale quello dell'attenzione alla "persona" e non alla sua malattia o disabilità.

Attualmente esiste una grande disomogeneità di comportamento clinico ed organizzativo a livello sia ospedaliero che territoriale ed è necessario perseguire l'obiettivo di una migliore qualità delle prestazioni, ma soprattutto una maggiore appropriatezza delle stesse. I pazienti, seguiti nelle diverse strutture regionali, non beneficiano di un percorso unico ed omogeneo realizzato dalla collaborazione di diversi professionisti che, invece, interagendo tra loro, avrebbero la possibilità di lavorare perseguendo gli stessi obiettivi.

L'esigenza fondamentale è quella di superare la frammentazione degli interventi riabilitativi definendo in modo chiaro le diverse fasi della presa in carico, superando il modello organizzativo incentrato sulla prestazione ed attuando un modello organizzativo basato sui bisogni di salute.

Con le Linee Guida sulla Riabilitazione approvate con Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 482/2004 si è tentato di pervenire ad una omogeneità organizzativa ed erogativa nel settore della Riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa di presa in carico del malato disabile con l'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale mirato al recupero funzionale ed al superamento delle difficoltà di reinserimento sociale e familiare della persona.

E' necessaria, altresì, l'introduzione di strumenti di governo clinico in grado di garantire qualità e appropriatezza, sicurezza delle cure, implementando l'utilizzo di linee guida cliniche e di percorsi assistenziali, fondato sui principi della medicina basata sull'evidenza.

Deve essere garantito alla persona con disabilità un modello di accesso ai servizi chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di totale partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato. Tale modalità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001, dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). L'ICF è un

modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base, attraverso i suoi elementi fondamentali: strutture ed attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione.

Il Progetto Riabilitativo Individuale applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), individua la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari. Viene condiviso con il paziente quando possibile, con la famiglia ed il caregiver, familiare o persona di riferimento coinvolto nella presa in carico della persona disabile ai fini della gestione delle sue problematiche presenti e future, stabilisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi e la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Le popolazioni fragili e gli anziani in particolare si pongono ovviamente all'attenzione di questo piano come un ulteriore elemento di priorità. L'invecchiamento della popolazione sollecita interventi più diffusi ed innovativi a questa parte di popolazione con maggiore prevalenza di malattie croniche e che utilizza di più le risorse del SSR.

Le evidenze scientifiche disponibili mostrano che il contrasto alla sedentarietà attraverso un'attività fisica regolare ha un rilevante impatto preventivo sia sulla mortalità sia sulle complicanze secondarie di molte malattie cronico degenerative largamente prevalenti negli anziani. L'impegno della regione sarà pertanto rivolto a stipulare accordi di collaborazione con Enti sportivi e parti sociali per promuovere stili di vita corretti e soprattutto aumentare in modo consistente il numero di anziani che accedono a programmi di attività fisica regolare.

Anche la disabilità causata da molte malattie croniche stabilizzate sembra giovare più da programmi di attività fisica regolare e continuativa piuttosto che da sporadici interventi basati su prestazioni convenzionali. Essi infatti rallentano la progressione e l'insorgenza di nuove limitazioni funzionali. La promozione di programmi di esercizi fisici appositamente concepiti per questi pazienti deve rappresentare nel prossimo triennio un obiettivo prioritario per allargare la base di potenziali utilizzatori con una modalità di erogazione economicamente sostenibile.

Dall'altra parte è necessario che le risorse siano concentrate soprattutto sui soggetti con bisogni clinici complessi che hanno maggior peso sugli anni vissuti con disabilità (DALY) come ad esempio le ischemie cardiache, le malattie cerebrovascolari, la broncopneumopatia cronico ostruttiva, i traumi. Queste condizioni, che contribuiscono maggiormente alla disabilità, sono anche quelle per le quali la riabilitazione riveste un ruolo decisivo per il recupero di un' accettabile qualità di vita

Strumenti operativi della presa in carico riabilitativa

Si conferma che le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico globale dell'utente mediante la predisposizione di un Progetto Riabilitativo Individuale che si realizza attraverso programmi riabilitativi.

Il Progetto Riabilitativo Individuale deve tener conto della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione agli specifici programmi. Nel progetto riabilitativo si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i programmi riabilitativi.

I programmi riabilitativi specificano a loro volta la modalità di presa in carico, gli obiettivi da raggiungere a breve e medio termine, le modalità e i tempi di erogazione delle singole prestazioni previste, le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, i tempi di verifica e conclusione.

Altro strumento importante è rappresentato dal Progetto di struttura, in cui ciascun reparto, setting, centro, ambulatorio etc. definisce "ex ante" le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le

procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture, in modo da realizzare un flusso trasparente ed appropriato dei pazienti verso l'utilizzo più congruo delle risorse disponibili.

Diventa indispensabile l'utilizzo dell'I.C.F. (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute) per superare il modello basato sulle conseguenze della malattia e mettere al centro della valutazione della condizione di salute il lato positivo, ovvero il funzionamento. Per l'I.C.F. la disabilità non è in alcun modo una caratteristica della persona, quanto piuttosto il risultato dell'interazione tra una certa condizione di salute e un ambiente sfavorevole.

La promozione di buone pratiche cliniche costituisce il riferimento di ciascuno strumento operativo. Esse sono definibili attraverso l'identificazione di evidenze scientifiche sostenute da strumenti metodologici condivisi a livello della comunità scientifica internazionale, come l'approccio evidence-based. La pratica riabilitativa evidence-based è stata fortemente promossa nell'ambito delle società scientifiche nazionali ed internazionali che hanno la riabilitazione come oggetto di attenzione clinica e di studio e dunque la metodologia EBM rappresenta oggi uno strumento operativo indispensabile per sostenere le scelte sia professionisti della riabilitazione che quelle dei manager e naturalmente per indirizzare la ricerca.

Obiettivi Generali

- Modulare le risorse dedicate per una più appropriata gestione delle disabilità complesse per le quali esistono più solide prove di efficacia in stretta correlazione con la programmazione dei tetti di spesa.
- Garantire la continuità ospedale territorio attraverso l'uso di protocolli standardizzati e obbligo di piano riabilitativo alla dimissione per acuti.
- Garantire equità di accesso su tutto il territorio.
- Semplificare l'accesso alle prestazioni.

Livelli organizzativi

Le attività di riabilitazione rientrano nelle prestazioni indicate nei seguenti Livelli Essenziali di Assistenza (DPC M 29/11/2001)

Assistenza Ospedaliera

- Riabilitazione
- Lungodegenza

Assistenza distrettuale

- Assistenza specialistica ambulatoriale
 - prestazioni terapeutiche e riabilitative
- Assistenza protesica
- Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
 - attività sanitarie e sociosanitarie rivolte alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
 - attività sanitarie e sociosanitarie rivolte a persone anziane non autosufficienti
 - attività sanitarie e sociosanitarie rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

Le attività di riabilitazione si differenziano a seconda del momento in cui si manifesta il bisogno e, i diversi livelli organizzativi devono tener conto di tali bisogni per garantire interventi appropriati in ogni fase.

Fasi dell'intervento riabilitativo

Fase A. Fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni. In ogni patologia, con maggiore o minore rischio, si può sviluppare una condizione di disabilità e quindi l'intervento riabilitativo deve essere inserito (con modalità e impegno diverso a seconda delle diverse situazioni) già nella fase acuta all'interno del protocollo terapeutico;

La fase acuta (di esordio della patologia o diagnosi della stessa) avviene in sede ospedaliera o a domicilio del paziente. La presa in carico per la rilevazione del bisogno deve avvenire in tale momento. Attualmente non in tutti gli ospedali sono state uniformemente attivate le Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR), previste dalle Linee Guida regionali per le attività di riabilitazione (DGRC 482/2004), la cui funzione garantisce la presa in carico precoce. Al domicilio del paziente il riconoscimento di un eventuale bisogno riabilitativo avviene spesso tardivamente con gravi conseguenze per il paziente e importanti ricadute economiche ed organizzative.

Azioni

Nel caso in cui l'evento acuto comporti un ricovero ospedaliero

La persona che si ricovera in ospedale per un evento acuto deve ricevere una presa in carico riabilitativa precoce e specifica in relazione all'evento stesso, che garantisca l'inizio di un percorso unico attraverso tutte le fasi utili al suo processo di recupero. E' necessario pertanto che, all'interno delle organizzazioni ospedaliere, venga svolta precocemente la **funzione** di valutazione del bisogno riabilitativo. Tale valutazione, che ha lo scopo di identificare il possibile sviluppo di una disabilità e fornire l'indicazione di una successiva fase riabilitativa, deve essere svolta, in relazione alla specifica patologia, dal team costituito, di volta in volta, dai professionisti della riabilitazione, competenti per ciascun tipo di bisogno: cardiologi, fisiatristi, fisioterapisti, audiologi/foniatristi, logopedisti, neurologi, neuropsichiatri infantili, pneumologi.

Il team di professionisti, in collaborazione con gli specialisti della U.O. per acuti, predispone il progetto riabilitativo individuale e l'invio diretto del paziente alla struttura individuata per il proseguimento del percorso riabilitativo dandone comunicazione al Distretto di residenza del paziente.

Nel caso in cui l'accertamento della patologia si verifichi senza bisogno del ricovero ospedaliero:

La funzione di valutazione del bisogno riabilitativo deve essere attivata all'interno delle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale come previste dal decreto n. 49 del 27/09/2010. L'unità di valutazione, di cui i professionisti della riabilitazione partecipano, predispone il progetto riabilitativo per la presa in carico sulla base dei protocolli standardizzati e indirizza il paziente al livello assistenziale e alla struttura appropriata per la realizzazione del Progetto Riabilitativo.

Fase B. Fase della riabilitazione intensiva. E' caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi ed è abitualmente collocata nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile; tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;

La Riabilitazione Intensiva viene erogata in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno in reparti codice 56 e di Alta Specializzazione cod. 75 e cod. 28.

Il decreto n. 49 del 27/09/2010 prevede il riassetto della rete ospedaliera con un incremento di n. 953 posti letto per la riabilitazione, la lungodegenza e l'alta specialità riabilitativa. In attesa della realizzazione di tale incremento, l'attuale carenza di posti letto determina ancora l'esistenza di liste d'attesa con conseguente aggravio dei costi nelle UUOO per acuti per l'allungamento inappropriato della degenza ed il conseguente prolungamento dei tempi di attesa anche per i PL per acuti. Resta anche ancora elevato il

ricorso alla mobilità extraregionale. Spesso si registra il ricorso al ricovero improprio presso strutture di riabilitazione intensiva per problemi di natura socio – assistenziale piuttosto che sanitario – riabilitativa.

Azioni

E' indispensabile individuare corretti criteri di accesso per specifiche tipologie di pazienti utilizzando la classificazione I.C.F. e sulla base delle prove di evidenza scientifica disponibili.

E' necessario anche puntare sul miglioramento dell'offerta qualitativa di riabilitazione intensiva, anche al fine di ridurre la mobilità sanitaria verso altre regioni, prevedendo che le attività di riabilitazione intensiva vengano svolte anche presso presidi di riabilitazione extraospedalieri in possesso dei requisiti previsti dal D.P.R. 14/1/1997. Infatti, per i pazienti che richiedono un elevato impegno riabilitativo e che non presentano una situazione clinica tale da richiedere un ricovero in ambiente ospedaliero, risulta più appropriato un intervento di tipo residenziale territoriale con vantaggio per il paziente ma anche di tipo economico.

Fase C. Fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione (riabilitazione estensiva o intermedia). Si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità ed è comunque tale da non richiedere interventi intensivi;

Gli interventi di Riabilitazione Estensiva sono erogati presso le seguenti strutture pubbliche e private, ospedaliere e territoriali,

- a) nelle strutture ospedaliere di lungodegenza (reparti ospedalieri o di case di cura provvisoriamente accreditate cod.60) ;
- b) nei presidi di riabilitazione extraospedaliera residenziali e semiresidenziali territoriali (centri ex art. 26 provvisoriamente accreditati) per il recupero funzionale e sociale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste;
- c) nei centri ambulatoriali di riabilitazione (centri ex art. 26 provvisoriamente accreditati) per il recupero e rieducazione funzionale attraverso una presa in carico globale che richiede un contestuale apporto multidisciplinare;
- d) nei presidi ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale territoriali e ospedalieri (strutture ambulatoriali di assistenza specialistica di cui al D.M. 22/07/1996 e succ. modifiche e integrazioni);

a) Lungodegenza riabilitativa

Le strutture ospedaliere di lungodegenza erogano prestazioni di riabilitazione estensiva a pazienti non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e che richiedono di essere ospedalizzati in quanto affetti da instabilità clinica. In tale fase trovano anche un setting, quando non appropriato in intensiva, le patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano delle persone ad alta complessità che presentano situazioni di complessità clinico – assistenziale per comorbidità da patologie concomitanti ed interagenti con la prognosi riabilitativa. Attualmente la carenza di posti letto determina elevati tassi di inappropriata presa in carico riabilitativa dei pazienti attraverso il ricorso ad altri livelli assistenziali.

Attualmente il fabbisogno di posti letto di lungodegenza è programmato nell'ambito dello 0,5 per mille abitanti previsto per riabilitazione e/o lungodegenza .

- b) L'Attività di riabilitazione funzionale in regime residenziale e/o semiresidenziale viene erogata, in Regione Campania, dai presidi di riabilitazione extraospedalieri (ex art. 26 L. 833/78) Tali presidi di riabilitazione erogano prestazioni di riabilitazione estensiva, in regime residenziale e semiresidenziale, nella fase immediatamente post – acuta (anche subito dopo la dimissione ospedaliera). Tali strutture hanno rappresentato, fino ad oggi, considerato anche l'esiguo numero di posti letto per RSA, l'unica risposta alle disabilità complesse e permanenti trasformate nel corso del tempo in patologie croniche e stabilizzate. Ciò ha determinato una evidente inappropriata offerta e un conseguente squilibrio economico-finanziario.

Con l'adozione del Decreto Commissariale n. 6 del 2010 si è dato avvio alla fase di riconversione di quelle strutture che, per la tipologia di assistiti, presentano una vocazione prevalentemente sociosanitaria. Il completamento del processo di riconversione consentirà di restituire ai presidi di riabilitazione funzionale e alle attività da loro erogate, la loro specifica vocazione assistenziale/riabilitativa.

Fabbisogno PL

L'indice di fabbisogno attualmente previsto per tali attività è di 0,40 posti letto per mille abitanti.

c) - d) Le attività di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare vengono erogate dai centri ambulatoriali di riabilitazione e dai presidi ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale nell'ambito della assistenza specialistica. Le prestazioni di riabilitazione estensiva vengono erogate nei confronti di patologie semplici e complesse in relazione a specifici programmi e/o progetti riabilitativi.

Il decreto del Commissario ad acta n. 32 del 22/06/2010 ha individuato nuove procedure prescrittive per le attività di assistenza ambulatoriale e domiciliare mentre il successivo decreto n. 69 del 24/11/2010 ha istituito la commissione individuata nel precedente decreto n. 32. Attualmente è presente una forte disomogeneità tra i diversi territori regionali con notevoli risorse assorbite che necessitano di essere utilizzate migliorando l'appropriatezza delle prestazioni erogate. La commissione istituita dal decreto 69/2010 sta elaborando i profili assistenziali, a partire dai casi semplici per poi sviluppare quelli dei casi complessi, che potranno essere presi in carico attraverso l'erogazione di pacchetti di prestazioni. Il lavoro, in fase di elaborazione, ha l'obiettivo di semplificare l'accesso ai trattamenti, ridurre il tasso di inappropriatezza, ottimizzare le risorse, monitorare i profili prescrittivi e gli interventi di miglioramento. Per ciascun profilo assistenziale devono essere individuati:

- i codici ICF di riferimento
- il tempo appropriato entro cui deve avere inizio il trattamento
- il tipo di prestazioni appropriate
- la durata media appropriata dei trattamenti e limiti minimi e massimi
- l'erogazione attraverso pacchetti di prestazioni
- un breve rationale alle indicazioni di comportamento medio supportato dalle evidenze disponibili
- la tariffa per ciascun pacchetto di prestazioni

Con l'utilizzo dei pacchetti di prestazioni e la definizione dei profili medi di trattamento, per specifiche condizioni che possono essere identificate attraverso valutazione clinica dal medico di medicina generale, si persegue l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza degli interventi, semplificare l'accesso alle cure che sarà predisposto direttamente dal MMG. Sarà inoltre possibile adeguare, alla diversa modalità di erogazione delle prestazioni, un'attività di monitoraggio e reportistica periodica che consenta che consenta di descrivere intensità d'uso e variabilità prescrittiva alla base di interventi di audit e miglioramento. Da una valutazione preliminare di un campione di prestazioni effettuate nei primi mesi del 2010 e di confronto con l'atteso a pacchetti, emerge che la nuova modalità di erogazione dovrebbe avere impatto sia sull'appropriatezza che con la riduzione della variabilità di utilizzo delle prestazioni riabilitative semplici.

Insiste, su tutto il territorio regionale, una forte presenza storica del settore privato che rappresenta una risorsa importante e che deve garantire uno stretto rapporto di integrazione e continuità con l'offerta delle strutture a gestione diretta dei diversi livelli assistenziali. Una criticità importante è il mancato completamento delle procedure di accreditamento definitivo delle strutture che consentirebbe una precisa valutazione dell'offerta esistente sul territorio e la definizione puntuale della rete riabilitativa regionale.

Azioni

E' necessario definire, anche per la fase di riabilitazione estensiva, i criteri di accesso ai diversi livelli assistenziali e alle relative strutture (di ricovero ospedaliero, residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare) attraverso l'utilizzo della classificazione ICF e sulla base delle prove di

evidenza scientifica disponibili. Deve essere portato a compimento il processo di riconversione delle strutture e/o dei posti letto residenziali e semiresidenziali e quello di accreditamento istituzionale.

Fase D. Fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità. Si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari abitualmente integrati con l'attività di riabilitazione sociale .

Tale fase, sempre nell'ambito della riabilitazione estensiva, è rivolta a pazienti stabilizzati ma con quadri di cronicità della malattia associata a cattivi stili di vita o a gravi fattori di rischio. L'intervento si concentra soprattutto sul monitoraggio dell'evoluzione e su un processo di educazione e modificazione delle abitudini al fine di prevenire l'insorgenza e l'avanzamento della patologia.

La fase di mantenimento viene realizzata all'interno dei livelli essenziali socio-sanitari : dalle RR.SS.AA. e dai centri diurni per non autosufficienti disabili, anziani ultrasessantacinquenni e cittadini affetti da demenze che, insieme all'assistenza domiciliare integrata, risponde a specifici bisogni degli utenti e delle loro famiglie per contrastare il ricorso improprio alla ospedalizzazione.

Sono strutture extraospedaliere socio-sanitarie, che realizzano un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Si differenziano dalle strutture riabilitative per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nella stessa anche "ospitalità permanente".

I moduli all'interno delle RR.SS.AA. che ospitano disabili non autosufficienti sono strutturati in nuclei autonomi sulla base del carico assistenziale e della prevalente condizione di disabilità con le seguenti caratteristiche:

Modulo ad alto carico assistenziale - Cittadini disabili con totale perdita dell'autosufficienza portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, disabilità stabilizzate fisiche psichiche o neuro-sensoriali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

Modulo a medio carico assistenziale - Cittadini disabili con parziale perdita dell'autosufficienza portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, disabilità stabilizzate fisiche psichiche o neuro-sensoriali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

Fabbisogno PL

L'indice di fabbisogno previsto dalla normativa vigente per tali attività è di 0,70 per mille abitanti.

Come detto in precedenza, le strutture private provvisoriamente accreditate ex art. 26 L.833/78 residenziali e semiresidenziali hanno rappresentato l'unica risposta alle disabilità complesse e permanenti trasformate nel corso del tempo in patologie croniche e stabilizzate.

Con l'adozione del Decreto Commissariale n. 6 del 2010 si è dato avvio alla fase di riconversione di quelle strutture che, per la tipologia di assistiti, presentano una vocazione prevalentemente socio-sanitaria.

Con tale Decreto, infatti, si procede all'adozione di linee guida in materia di compartecipazione socio-sanitaria e alla determinazione di tariffe per le prestazioni erogate in regime semiresidenziale e residenziale da RSA e Centri Diurni.

Con lo stesso Decreto viene stabilito che tali tariffe saranno applicate anche per prestazioni socio-sanitarie erogate da:

- centri provvisoriamente accreditati ex art 26 L.833/78 che assistono utenti in regime residenziale e semiresidenziale che hanno superato i 240 gg di permanenza - ad eccezione dei casi previsti dalla DGRC 482/2004 "Linee Guida Regionali per la Riabilitazione in Campania – che abbiano presentato o meno istanza di riconversione in RSA e/o Centro Diurno;

- strutture sociosanitarie per anziani, disabili e demenze che hanno presentato istanza e che sono in attesa dell'accreditamento istituzionale, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio quali RR.SS.AA. e/o Centri Diurni di cui alla DGRC 7301/2001 nei limiti del tetto di spesa sociosanitario e che hanno già stipulato contratti con le AA.SS.LL. per la fornitura del servizio; In attesa, quindi, del completamento della rete di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale e nelle more dell'accreditamento definitivo ai sensi del Regolamento 1/2007, è stata prevista l'applicazione delle tariffe indicate nel decreto 6/2009 anche per prestazioni sociosanitarie erogate da strutture ex art 26.

Azioni

E' necessario definire, i criteri di accesso ai vari regimi assistenziali attraverso l'implementazione e l'aggiornamento di strumenti univoci di valutazione multidimensionale sia per anziani che per disabili (SVAMA e ICF). Deve essere monitorato il processo di riconversione dei posti da riabilitazione residenziale e semiresidenziale in posti in RSA e devono essere portate a compimento le procedure di accreditamento istituzionale.

La Riabilitazione in età evolutiva

La riabilitazione in età evolutiva è un processo complesso teso a promuovere la miglior qualità di vita possibile per il minore e la sua famiglia.

A differenza della riabilitazione in età adulta, dove l'intervento è sempre susseguente ad un evento lesionale, sia esso traumatico che di origine infettiva o degenerativa, in età evolutiva è la dinamicità del soggetto l'elemento cruciale attorno cui ruota l'intervento ri/abilitativo e tale dinamicità è l'elemento responsabile del maggiore utilizzo di risorse specifiche avendo sempre caratteristica di intensività in relazione all'entità delle risorse utilizzate.

La ri/abilitazione partecipa in modo assai stretto ai processi di apprendimento, di sviluppo, di crescita. Abilitare significa promuovere, facilitare lo sviluppo senso-motorio, cognitivo, affettivo-relazionale del bambino in stretta collaborazione con gli operatori scolastici e la famiglia.

Il processo riabilitativo ha un carattere olistico in quanto si rivolge al bambino nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale ed ecologico poiché coinvolge la famiglia e il contesto ambientale e sociale.

relazionale del bambino in stretta collaborazione con gli operatori scolastici e la famiglia.

La realizzazione degli obiettivi è in funzione di:

- particolare fascia d'età, caratterizzata dalla relatività dei fenomeni che la riguardano, dalla stretta interconnessione tra biologico e mentale, dalla labilità e variabilità delle linee di confine tra salute e patologia.
- operatività integrata interprofessionale che veda utilizzare al meglio le singole competenze e consenta di configurare l'intervento riabilitativo come uno dei cardini del processo di sviluppo globale

Gli interventi riabilitativi in età evolutiva si caratterizzano per essere rivolti a patologie in cui, nella maggior parte dei casi, il danno neuroanatomofunzionale è precoce e, pertanto, le finalità terapeutiche non sono sempre volte al ripristino di funzioni o di abilità già presenti e secondariamente compromesse bensì a realizzare le condizioni per cui queste possano comparire ed evolvere malgrado il danno subito. Per tale motivo è più corretto, in età evolutiva, parlare di abilitazione in luogo di riabilitazione.

Caratteristiche dell'intervento riabilitativo

Il processo riabilitativo comprende interventi integrati di ordine sanitario, educativo e assistenziale:

- Interventi di ordine sanitario
 - tutte le procedure diagnostiche, valutative e terapeutiche mirate allo sviluppo e al miglioramento delle funzioni adattive
- Gli interventi riabilitativi di ordine sanitario:
 - hanno obiettivi definiti a breve, medio o lungo termine, una durata programmata in relazione agli obiettivi e sono sottoposti a verifiche periodiche
- Gli interventi di ordine educativo:
 - mirano a favorire l'apprendimento di regole e l'acquisizione dell'autonomia nel contesto di vita e in relazione all'età del bambino
- Gli interventi assistenziali :
 - costituiscono l'insieme di tutte le attività finalizzate a favorire il benessere del bambino e della sua famiglia, ad adeguare l'ambiente di vita allo sviluppo delle funzioni adattive e a garantire al bambino l'acquisizione di un ruolo sociale condizionato nella minor misura possibile dalla disabilità.

La proposta riabilitativa potrà di volta in volta vertere prevalentemente sulla riabilitazione funzionale, sull'intervento educativo, sulla cura degli aspetti adattativi o su altri aspetti.

La tipologia, l'intensità e la durata del trattamento riabilitativo dovranno essere scelti in accordo con gli obiettivi del progetto riabilitativo. Obiettivi e strumenti della proposta riabilitativa dovranno essere condivisi tra équipe riabilitativa e famiglia.

La presa in carico del bambino con bisogni riabilitativi è disomogenea sul territorio regionale ed avviene seguendo diversi percorsi a volte indirizzati verso l'ambito della salute materno infantile, altre verso i Dipartimenti di Salute Mentale, altre ancora verso le Unità Operative di Riabilitazione. Gli interventi riabilitativi vengono erogati principalmente nei centri di riabilitazione ex. Art. 26 con prestazioni di riabilitazione estensiva. Non esistono le Unità per le disabilità gravi in età evolutiva previste dalle Linee Guida Nazionali per le attività di riabilitazione.

Mancano i servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza previsti dal progetto obiettivo "tutela della salute mentale" 1998/2000 e dalle linee di indirizzo nazionale per la salute mentale del 2008.

Sarebbe necessario identificare l'integrazione delle strutture per garantire il corretto percorso diagnostico e terapeutico per tutti i deficit motori, percettivi, cognitivi, affettivi e relazionali.

Azioni

E' indispensabile la creazione di un raccordo operativo tra le strutture che, a vario titolo si occupano delle problematiche riabilitative del bambino (UOO di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimenti di Salute Mentale, UOORR di Riabilitazione). Tali strutture devono definire protocolli di collaborazione per definire, per ciascun bisogno specifico, idonei percorsi per la loro presa in carico.

I neuropsichiatri infantili e i professionisti della riabilitazione devono partecipare alla funzione di valutazione del bisogno riabilitativo all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuali. E' necessario anche identificare le modalità di interazione tra le UO ospedaliere di neuropsichiatria infantile e di pediatria e i servizi territoriali

Dovranno essere implementati programmi di intervento per l'area dei disturbi dello spettro autistico in riferimento al documento conclusivo del Tavolo Ministeriale Autismo e per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento come indicato nelle L. n. 170 dell'8/10/2010 e sulla base delle indicazioni emerse dalla recente Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità (dicembre 2010).

Valutazione degli obiettivi

1. Analisi delle prestazioni semplici nelle quali si osservi, al 1° anno, almeno una riduzione del 20% di prestazioni a maggior rischio di inappropriately verso prestazioni per le quali sono stati definiti protocolli di appropriatezza
2. Valutazione del numero di dimissioni che contengono la predisposizione di un piano di intervento riabilitativo. Al termine del primo anno almeno un ospedale per acuti, per ciascuna ASL, deve aver sperimentato un percorso diretto con strutture deputate al proseguimento del programma riabilitativo.
3. Verifica della utilizzazione di posti letto e delle strutture dedicate alle diverse fasi riabilitative e come queste avvengano utilizzate rispetto alla popolazione di riferimento in ognuna delle ASL
4. Monitoraggio delle modalità di prescrizione ed erogazione delle prestazioni in tutte le fasi che devono dimostrare l'eliminazione della duplicazione e della sovrapposizione degli interventi prescrittivi ed autorizzativi.

Obiettivi da raggiungere nel triennio

Gli obiettivi da realizzare nel triennio di validità del presente PSR sono riportati nella tabella che segue:

Fase A - Prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni in caso di ricovero ospedaliero			
	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Definizione di protocolli standardizzati per la presa in carico riabilitativa per le principali patologie a maggiore impatto sulla disabilità (malattie cardiovascolari, ortopediche, oncologiche, dell'apparato respiratorio), con l'identificazione degli indicatori di risultato e di processo, nonché delle modalità operative che garantiscano, all'atto della dimissione, la predisposizione di un piano di intervento in collegamento diretto con le strutture deputate al proseguimento del programma riabilitativo	Completamento dei protocolli per patologie e formazione degli operatori	Verifica e monitoraggio delle attività attraverso la valutazione del numero di dimissioni che contengano la predisposizione di un piano di intervento riabilitativo
Obiettivi Aziendali	Definizione delle procedure per l'attivazione della funzione di valutazione del bisogno riabilitativo per il livello ospedaliero come descritto negli obiettivi. Definizione di regolamento aziendale che consenta il diretto invio dei pazienti alle strutture per il proseguimento del piano di riabilitazione	Recepimento degli indirizzi regionali in materia di protocolli per la presa in carico e loro implementazione nelle strutture ospedaliere. Al termine del secondo anno, almeno un ospedale per acuti per ognuna delle AA.SS.LL. deve aver sperimentato il collegamento strutturale e/o funzionale con le strutture deputate al proseguimento del programma riabilitativo	Messa a regime dell'intero sistema di presa in carico
Fase A - Prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni senza bisogno di ricovero ospedaliero			
	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Definizione di protocolli standardizzati per la presa in carico riabilitativa per le principali patologie a maggiore impatto sulla disabilità (malattie cardiovascolari, ortopediche, oncologiche, dell'apparato respiratorio e dell'età evolutiva), con l'identificazione degli indicatori di risultato e di processo, nonché delle modalità operative che garantiscano la continuità riabilitativa di tutto il percorso.	Monitoraggio e controllo delle attività di valutazione del bisogno riabilitativo da parte delle UVM.	Implementazione dei protocolli
Obiettivi Aziendali	Riordino e messa a regime delle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) distrettuali integrate dai professionisti della riabilitazione per la rilevazione del bisogno riabilitativo.	Verifica del numero di valutazioni effettuate da ciascuna UVM seguite da Progetto Riabilitativo e le modalità di realizzazione di percorso unico.	Monitoraggio quali-quantitativo
Fase B - Fase della riabilitazione intensiva			
	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Individuazione dei corretti criteri di accesso, congiuntamente ai protocolli standardizzati indicati nella "Fase A"	Definizione del fabbisogno, individuazione delle tipologia di strutture, dei livelli assistenziali e relativa tariffazione per lo sviluppo delle attività di riabilitazione intensiva territoriale residenziale	Implementazione delle attività territoriali, verifica e monitoraggio
Obiettivi Aziendali	Raccolta delle informazioni sul numero e tipologia di ricoveri per riabilitazione intensiva	Partecipazione alle attività di definizione del fabbisogno e individuazione della strutture.	Attivazione di posti letto territoriali per le attività di riabilitazione intensiva secondo le indicazioni regionali

Fase C - Fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione (riabilitazione estensiva o intermedia).			
	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Completamento della definizione dei profili assistenziali per i disturbi semplici e complessi ai sensi del decreto commissariale n. 32/2010 e attivazione della funzione di monitoraggio e reportistica periodica. Definizione dei criteri di accesso alle diverse tipologie di prestazioni. Avvio delle procedure di accreditamento delle strutture e completamento della riconversione dei posti da riabilitazione residenziale e semiresidenziale in posti in RSA	Implementazione delle attività e monitoraggio	Completamento delle procedure di accreditamento istituzionale.
Obiettivi Aziendali	Applicazione dei profili assistenziali definiti dalla commissione regionale e partecipazione alle attività di monitoraggio	Messa a regime del sistema	Monitoraggio quali-quantitativi
Fase D - Fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità			
	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Implementazione, aggiornamento e adozione strumenti valutativi multidimensionali per la definizione dei profili assistenziali (SVAMA e ICF). Monitoraggio della riconversione dei posti da riabilitazione residenziale e semiresidenziale in posti in RSA e attivazione delle procedure di accreditamento istituzionale	Monitoraggio quali/quantitativo dei servizi residenziali	Completare le procedure di accreditamento istituzionale
Obiettivi Aziendali	Realizzazione di revisioni periodiche delle valutazioni delle UVI e dei programmi assistenziali per la corretta identificazione del livello assistenziale onde evitare la permanenza impropria di utenti in strutture ex art. 26. Tali valutazioni devono essere condotte in interazione con le Unità di valutazione integrate (UVI) socio sanitarie	Messa a regime del sistema	Monitoraggio quali-quantitativo dei servizi residenziali
La Riabilitazione in età evolutiva			
	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	Monitoraggio e controllo delle modalità di presa in carico nei diversi territori	Predisposizione di protocolli standardizzati per le principali patologie dell'età evolutiva che necessitano di presa in carico riabilitativa	Formazione degli operatori e implementazione dei protocolli e dei percorsi operativi
Obiettivi Aziendali	Adozione di regolamenti aziendali che definiscano le modalità di raccordi operativi tra le strutture che si occupano della presa in carico del bambino e formalizzazione delle procedure e dei percorsi	Collaborazione per la predisposizione di protocolli standardizzati per le principali patologie dell'età evolutiva che necessitano di presa in carico riabilitativa	Messa a regime della presa in carico.

8.2 La Rete della non autosufficienza

La normativa degli ultimi anni ha tracciato un quadro di riferimento ben delineato per la costruzione di percorsi integrati tra il settore sanitario e quello sociale, per poter garantire, soprattutto in presenza di bisogni complessi, risposte immediate, ed una presa in carico globale. Tuttavia non è possibile rintracciare definizioni univoche ed uniformi di “non autosufficienza” e, pertanto, nel delineare un quadro normativo di riferimento, occorre ricomporre vari e differenti riferimenti normativi e di indirizzo da cui ricavare indicazioni in merito alla definizione di non autosufficienza. Di seguito si riportano i riferimenti a cui attingere:

- D.P.C.M. 8 agosto 1985 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell’art.5 della L. 23 dicembre 1978 n. 833”
- P.O. Anziani del 1992
- DPR 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000
- Decreto legislativo n. 229 del 19/6/1999 “norme per la razionalizzazione del SSN, a norma dell’art.1 della L. 30 novembre 1998 n. 419”
- D.M. 20.07.2000 Progetto Cronos
- Legge n. 328 dell’ 8/11/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”
- D.P.C.M. del 14 febbraio 2001. Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 *Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*
- Patto per la salute approvato in sede di Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009
- Fondo non autosufficienza-istituito con l'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)» che, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, istituisce presso il Ministero della solidarieta' sociale un fondo denominato Fondo per le non autosufficienze al quale e' assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009

Gli ultimi riferimenti programmatori del Ministero della salute sono orientati a definire la non autosufficienza quale elemento trasversale alle fasce di età e di diversa eziologia; tra questi vanno annoverati:

- a) Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che, pur non fornendo una definizione di soggetti non autosufficienti, individua i beneficiari di tale tipologia di assistenza in:
 - pazienti cronici;
 - anziani non autosufficienti o affetti dalle patologie della vecchiaia in forma grave;
 - disabili;
 - malati afflitti da dipendenze gravi;
 - malati terminali.
- b) Il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 che individua la non autosufficienza tra gli ambiti prioritari d’intervento; tra i soggetti non autosufficienti sono citati due categorie principali:
 - gli anziani fragili, la persona limitata nelle attività quotidiane per effetto di pluripatologie, ritardo nei processi di guarigione e recupero funzionale;
 - i disabili, soggetti affetti prevalentemente da problematiche neuropsichiche o comportamentali gravi, che richiedono quindi un forte impegno a livello sanitario e sociale.

I principali riferimenti normativi regionali a cui fare riferimento sono nell'ordine:

- linee guida regionali sull'integrazione socio-sanitaria di cui alla D.G.R.C. 6467 del 30.12.02
- legge regionale 8/2003 ,che all' art. 6 fornisce una definizione di non autosufficienza quando delinea i criteri di eleggibilità per l'inserimento in strutture RSA per anziani: le persone che possono accedere alle RSA sono i soggetti non autosufficienti : anziani, over 65, portatori di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, a seguito di eventi morbosi che determinano sul piano dei bisogni assistenziali situazioni di disabilità e di dipendenza, correlate a concomitanti aspetti e problematiche socio-ambientali ed economici.
- D.G.R.C. 2006 del 05.11.04 "Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della l.r. 22 aprile 2003 n° 8" che nella parte II e III dedicata alla tipologia di utenti che hanno accesso rispettivamente alle RSA Anziani e RSA disabili, stabilisce quanto segue:
 - sono inseriti in strutture RSA, modulo ad alto e medio carico assistenziali cittadini ultrasessantacinquenni con totale perdita o parziale perdita dell'autosufficienza portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, psichiche o psicofisiche, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere;
 - sono inseriti in strutture RSA disabili , modulo ad alto e medio carico assistenziale, cittadini disabili con totale perdita dell'autosufficienza portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, disabilità stabilizzate fisiche psichiche o neuro-sensoriali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

Al momento, quindi, non sembra disponibile una definizione unica e condivisa di non autosufficienza, anzi, tra le diverse definizioni disponibili sono riscontrabili alcuni elementi di eterogeneità che contribuiscono a non fare chiarezza sul tale argomento⁴.

Tra i vari contributi e proposte sulla definizione per la non autosufficienza si citano i seguenti poiché di fatti orientano la scelta verso un a definizione regionale di non autosufficienza :

- Secondo le proposte del Gruppo di ricerca dell'ARS Liguria e dell'AGENAS è necessaria una condivisione sulla definizione di non autosufficienza almeno nell'individuare i tre assi che la compongono:
 - salute (patologie anche cronicizzate);
 - assetto funzionale (autonomia);
 - assetto sociale (aiuti familiari e informali, etc).
- Nell' Accordo Stato-Regioni per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 ⁵. Si rinvengono indicazioni utili da porre alla base della programmazione regionale di interventi per la non autosufficienza sia in termini di definizione sia in termini di azioni strategiche e prioritarie da promuovere.

Nell'Accordo Stato-Regioni del 2009 sono definiti non autosufficienti: *“coloro che subiscono una perdita permanente, totale o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana”*.

⁴ Studio fattibilità sistema informativo non autosufficienza-NSIS del Ministero della Salute

⁵ Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 25 marzo 2009. La Regione Campania con delibera 995 del 25 maggio 2009 ha elaborato i programmi delle attività per l'accesso a i fondi vincolati , coerenza con le indicazioni dell'Accordo

Un utile documento è il Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010, presentato dal Ministero del Lavoro, che riporta i dati complessivi relativi agli anziani e ai non autosufficienti rielaborando l'indagine multiscope 2004-2005 dell'ISTAT relativa alla disabilità⁶.

Per quanto riguarda la disabilità questa è ovviamente correlata all'età, la disabilità cresce ovviamente con l'età: è pari al 9,7% della fascia di popolazione dai 70-74 anni, si eleva al 17,8% nella fascia dai 75-79 anni, e raggiunge il 44,5% degli 80enni.

L'80,7% delle persone definite non autosufficienti ha un'età superiore ai 65 anni e il 64,6% ha un'età superiore ai 75 anni. Si tratta di persone che richiedono un carico assistenziale notevole e presentano una "domanda" di cura ed assistenza molto più alta degli altri.

I bambini sotto i 5 anni non autosufficienti sono oltre 42 mila in Italia. Sempre secondo le stime dell'Istat, circa il 2,1% della popolazione sopra a 6 anni è "costretta a letto o su una sedia a rotelle", percentuale che raggiunge il 25% per gli ultraottantenni.

Le persone con "disabilità di tipo funzionale" (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare) sono circa il 3% della popolazione di 6 anni e più, ma tra 75 e 79 anni circa il 12% ha delle limitazioni di questo tipo e quindi deve essere aiutato da qualcuno. Le "disabilità nel movimento" (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi) sono presenti nel 2,2% delle persone di oltre 6 anni, con quote molto più alte dopo i 75 anni (oltre il 10%). Infine, le disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare) coinvolgono circa l'1% della popolazione di 6 anni e più. In tutto sono poco meno di 3 milioni di persone.

Inoltre, tra i soggetti in stato di bassa responsività (stato vegetativo o di minima coscienza) conseguente a danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite), che ha determinato una condizione di coma, vi sono soggetti con un quadro di totale non-autosufficienza.

Utilizzando l'elaborazione dei dati ISTAT su scala nazionale proposti dal richiamato rapporto non Autosufficienza 2010, ogni anno in Italia sono 20.000 i pazienti che entrano in coma, più di un terzo ne esce indenne, altri riportano danni più o meno gravi, per circa 500 il coma evolve in stato vegetativo, in parecchi casi permanente.

A queste categorie, come già rappresentato si aggiungono quale ulteriore gruppo di pazienti con quadri di non autosufficienza i soggetti individuati dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 luglio 2010 relativo agli obiettivi di piano del fondo sanitario nazionale 2010, ovvero i pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti e i pazienti affetti da Demenza. Quest'ultima patologia è considerata una delle più importanti emergenze che i sistemi sanitari si troveranno ad affrontare nei prossimi anni nell'ambito delle patologie cronico degenerative, la Malattia di Alzheimer, con un tasso di prevalenza negli ultra sessantacinquenni del 6% e del 20% negli ultra ottantenni. Secondo alcuni dati si stimano più di un milione circa di persone in Italia con un aumento di circa 150.000 nuovi casi ogni anno.

Per quanto riguarda i dati relativi alle malattie neurodegenerative, limitatamente alla sclerosi laterale amiotrofica (SLA), questa nella maggioranza dei casi interessa l'età adulta, con un'incidenza di circa 2 – 2.5 nuovi casi ogni anno ogni 100.000 abitanti, con una prevalenza di 6 – 8 malati ogni 100.000 abitanti.

⁶ ISTAT Multiscope 2007 "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Per cui, prendendo come dato di prevalenza il dato medio dell'intervallo sopra riportato (ovvero 7 casi ogni 100.000 abitanti) risulterebbero ad oggi 400 casi di SLA nella Regione Campania.

La conclusione che si trae è che la non autosufficienza può essere definita quale fenomeno che può interessare varie categorie di soggetti, anziani, soggetti affetti da patologie cronico degenerative, soggetti affetti da demenze, disabili -adulti e minori- in condizione di disabilità stabilizzata con perdita parziale o totale della autosufficienza ai quali si riconducono anche soggetti affetti da stati vegetativi e di minima coscienza, i soggetti affetti da malattie neurodegenerative.

Nel D.P.C.M. del 29.11.2001, vi è un riferimento all'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale rivolta a persone anziane non autosufficienti, in cui si distinguono le prestazioni terapeutiche di cura e mantenimento funzionale in regime residenziale e trattamenti in cicli diurni semiresidenziali .

La Regione Campania, attraverso la programmazione degli interventi finanziati con i fondi a destinazione vincolata ha realizzato una serie di attività volte ad implementare la rete assistenziale per la non autosufficienza: attraverso i Fondi Obiettivi di Piano Sanitario FSN 2003 la Regione Campania ha strutturato una rete di assistenza territoriale con particolare attenzione per le azioni di sostegno alla domiciliarità per i soggetti definiti fragili con particolare riguardo agli anziani e ai soggetti affetti da demenze e patologie correlate⁷.

Analogamente si è proceduto per la programmazione dei fondi relativi agli obiettivi di piano sanitario dell'anno 2006-2007-2008 per i quali l'Assessorato alla Sanità, con le linee dedicate alle cure primarie, ai malati terminali, alla disabilità mentale, ha ipotizzato l'utilizzo delle risorse dedicate indirizzandole verso una tipologia di utenti potenzialmente ricompresi tutti nella categoria "non autosufficienti"⁸.

Attraverso la programmazione dei fondi relativi ai già richiamati Obiettivi di Piano dell'anno 2009 e 2010 si è strutturato un percorso più articolato relativo alla non autosufficienza e all'interno del programma sono stati articolati gli interventi dedicati alle varie tipologie di utenti⁹:

- anziani
- soggetti affetti da demenze
- disabilità stabilizzate quali sla, gravi celebrosioni acquisite, stati minimi di coscienza.

Scelte operative

In continuità con le precedenti azioni, e seguendo le recenti indicazioni nazionali si intende strutturare l'azione di programmazione delle attività e degli interventi in materia di non autosufficienza, ponendo l'attenzione su quelle fasce di età e target di utenti/pazienti potenziali a cui garantire l'assistenza e che non hanno trovato ancora un'organica risposta al loro bisogno assistenziale.

⁷ Delibera di Giunta regionale n.330/2004 e determina dirigenziale n.8 del 31.12.2008 contenente linee di indirizzo per l'implementazione della rete non autosufficienza.

⁸ A tal proposito cfr. le delibere di Giunta Regionale che approvano i programmi delle attività formulati in osservanza dei richiamati Accordi Stato-Regioni per l'utilizzo dei fondi a destinazione vincolata rispettivamente per l'anno 2006, 2007 e 2008 la D.G.R.C. n. 858 del 8 maggio 2009; la D.G.R.C. 1613 del 12 ottobre 2008; la D.G.R.C. 1091 del 12 giugno 2009.

⁹ I programmi delle attività formulati nel rispetto dell'Accordo stato-regioni FSN2009 sono stati approvati con D.G.R.C. 995 del 25 maggio 2009, i programmi relativi all'Accordo Stato-Regioni 2010 sono in via di approvazione

- gli anziani fragili, la persona in età adulta e pediatrica limitata nelle attività quotidiane per effetto di pluripatologie, ritardo nei processi di guarigione e recupero funzionale;
- i disabili, soggetti affetti prevalentemente da problematiche neuropsichiche o comportamentali gravi, che richiedono quindi un forte impegno a livello sanitario e sociale.
- pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
- soggetti affetti da stati vegetativi e di minima coscienza
- pazienti affetti da Demenza

La maggiore aspettativa di vita con il progressivo invecchiamento della popolazione, ha portato negli ultimi anni ad un incremento della disabilità e della non autosufficienza.

Nei confronti di tali categorie e della non autosufficienza in generale, risulta necessario strutturare un sistema territoriale di welfare idoneo ad accompagnare e tutelare le persone in condizione di non autosufficienza nell'ambito della rete integrata dei servizi e degli interventi, secondo l'approccio della continuità assistenziale, garantendo alle persone non autosufficienti:

- l'universalità dell'accesso, attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda sociale e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato;
- l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente;
- la progettualità personalizzata e partecipata;
- l'introduzione di prestazioni aggiuntive e innovative, dirette a coprire in modo più esteso ed appropriato i bisogni delle persone disabili, minori, adulti ed anziani non autosufficienti;
- la definizione e la costruzione di un modello organizzativo semplificato per l'accesso ai cittadini evitando inutili passaggi, assicurando chiarezza nell'iter, certezza nei tempi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni riconosciute nei piani individualizzati.

L'azione strategica che deve sottendere alla programmazione della area non autosufficienza si muove su due direttrici ben precise:

- colmare i vuoti nel sistema di offerta territoriale di tipo residenziale per quest'area d'intervento, con particolare riguardo per quelle patologie che richiedono interventi ad alta integrazione sanitaria: "Malattie Neurologiche ad Interessamento NeuroMuscolare" (MNINM) tra le quali la sclerosi laterale amiotrofica Sla, per gli stati di minima coscienza, stati vegetativi.
- sostenere e supportare la domiciliarità e gli interventi di tipo semiresidenziale che favoriscano la permanenza a domicilio del soggetto e forniscano sostegno ai familiari anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di familiari .

L'obiettivo è consolidare il lavoro di presa in carico del soggetto fragile basato su un modello di rete territoriale articolata nei diversi livelli di assistenza ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, domiciliare, estendendo tale approccio anche alle altre categorie e tipologie di utenti individuati.

Pertanto deve essere potenziata l'attività territoriale in relazione al bisogno del soggetto per articolare e strutturare percorsi di presa in carico specifici a secondo della tipologia, livello ed intensità assistenziale, utilizzando la logica dell'approccio integrato e sviluppando il modello dell'assistenza a rete in un'ottica di continuum assistenziale che abbia il suo inizio dalla fase della presa in carico di tipo ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, ospedaliero e domiciliare.

In sintesi, nella presente sezione, si forniscono indicazioni per la costituzione di rete per la non autosufficienza a partire dall'esperienza maturata nell'ambito dell'assistenza all'anziano fragile -che fra tutte le tipologie di soggetti è la categoria potenzialmente più numerosa- estendendola alle altre tipologie di pazienti/soggetti non autosufficienti che le Aziende sanitarie dovranno considerare.

La scelta operativa della Regione Campania all'interno di questo piano sanitario è attuare i principi di diverse linee di intervento ed azione che si riportano come segue:

1. Sostegno e sviluppo del sistema di Cure domiciliari

Le prestazioni garantite alla persona non autosufficiente vanno principalmente orientate alla permanenza al proprio domicilio e verso misure ed interventi volti ad accrescere le possibilità di sviluppo psico-sociale della persona disabile, contenendo i casi di inserimento in strutture residenziali e privilegiando, soprattutto per i giovani disabili, la connotazione familiare dell'intervento e la temporaneità dell'inserimento.

Per gli interventi di tipo domiciliare si rinvia alla sezione del presente piano cure domiciliari.

Pur tuttavia nel delineare il sistema di offerta di tipo domiciliare, si devono precisare alcuni aspetti per i pazienti ad alta complessità assistenziale, quali i pazienti affetti da malattie ad interessamento neuromuscolare, SLA e stati vegetativi, nell'attivazione dei percorsi di cure domiciliari già ADI e dell'assistenza domiciliare ospedaliera - ADO affinché sia assicurata:

- a) la valutazione delle condizioni di stabilità clinico-funzionale, delle abilità assistenziali della famiglia e della idoneità del domicilio, soprattutto per i pazienti dimessi da parte dell'equipe di riferimento della struttura ospedaliera di neuroriabilitazione (cod 75) e/o delle "Unità per Stati vegetativi" (cod 99),
- b) l'acquisizione della relativa valutazione di rientro per l'organizzazione del rientro domiciliare protetto attraverso specifica valutazione multidimensionale coinvolgendo, al riguardo, il medico di medicina generale del paziente;
- c) la redazione di apposito Progetto assistenziale individuale che deve riportare in modo specifico il livello di gravità della patologia e le specifiche disabilità, nonché il trattamento proposto con l'indicazione degli esiti attesi.

2. Prevenzione, contrasto e riabilitazione funzionale delle diverse condizioni di non autosufficienza, Rete dei servizi residenziali (permanente e/o temporanea) implementando strutture territoriali con nuclei specializzati ad alta complessità e servizi semiresidenziali che siano anche in grado di organizzare percorsi terapeutico riabilitativi per persone con particolari gravità.

3. Potenziamento delle attività di monitoraggio, sorveglianza e presa in carico delle diverse articolazioni territoriali in relazione al bisogno espresso.

4. Attività di raccordo tra i diversi livelli funzionali, anche nell'ottica della continuità assistenziale nell'offerta dei servizi.

Indici di fabbisogno

Al fine di programmare gli interventi collegati alla residenzialità si devono considerare i fabbisogni per ogni tipologia di potenziali utenti.

A) Offerta residenziale

Anziani e disabili non autosufficienti

Per ciò che concerne l'offerta residenziale a favore dell'anziano fragile e del cittadino affetto da demenza le RRSSAA sono disciplinate dall'art. 6 della L.R. 8/03 ;sono strutture extraospedaliere sociosanitarie destinate a cittadini anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e cittadini affetti da demenza portatori di deficit funzionali derivanti da qualunque causa, non assistibili a domicilio e che necessitano di

elevato e continuo nursing assistenziale, medio-nursing infermieristico e riabilitativo integrato da un alto livello di assistenza tutelare ed alberghiera. Sono strutture organizzate in moduli di max 20 posti letto e in ognuna di essa un modulo, ogni tre, è riservato alle demenze.

Al fine di assicurare agli ospiti le prestazioni adeguate alle loro condizioni di bisogno e di dipendenza, i moduli sono strutturati con le seguenti caratteristiche:

- Modulo ad alto carico assistenziale - Cittadini ultrasessantacinquenni con totale perdita dell'autosufficienza portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, psichiche o psicofisiche, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.
- Modulo a medio carico assistenziale - Cittadini ultrasessantacinquenni con parziale perdita dell'autosufficienza portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, psichiche o psicofisiche, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.
- Modulo demenza - Cittadini, anche infrasessantacinquenni, affetti da demenza, Alzheimer e sindromi correlate con disturbi cognitivi e comportamentali gravi, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

I cittadini affetti da demenza, senza disturbi cognitivi e comportamentali gravi, possono essere accolti nei moduli ad alta o bassa intensità assistenziale sulla base del grado di non autosufficienza determinato dalla demenza e/o da patologie concomitanti.

L'indice di fabbisogno previsto dal decreto commissariale n. 49/2010, per tali attività è del 5 per mille anziani ultrasessantacinquenni omnicomprensivo di pubblico e privato residenziale, di cui almeno il 5% per semiresidenziale (demenze/alzheimer in base alla domanda) per un totale 4.614 P.L..

Per l'offerta residenziale ai disabili non autosufficienti si rinvia alla sezione dedicata alla rete delle disabilità

Malattie Neurologiche ad interessamenti neuromuscolare: Soggetti affetti da SLA

Per quanto riguarda, invece le altre tipologie di potenziali utenti, si deve ricordare che la Regione Campania nell'area della non autosufficienza ha già definito i percorsi di presa in carico del soggetto portatore di SLA, in ottemperanza all'accordo Stato-Regioni per la gestione ed utilizzo del fondo sanitario anni 2007-2008 e 2009¹⁰; sono state già definite le modalità di presa in carico dei soggetti portatori di SLA con particolare riguardo per la domiciliarità e per la fornitura di ausili e comunicatori vocali.

Nell'ambito del *“Progetto per la realizzazione di una rete integrata per lo sviluppo delle attività sanitarie e socio/sanitarie in Campania destinate ai pazienti affetti da patologie neuromotorie progressive”* di cui alla DGR n.1613/2008 con il quale sono stati approvati i programmi regionali per l'utilizzo dei fondi di obiettivo di piano di cui all'Accordo Stato -Regioni 1 agosto 2007, è individuato quale obiettivo generale *“Sperimentare soluzioni organizzativo – gestionali innovative, alternative ai tradizionali modelli “top – down” ed ispirate a modelli “a rete”; queste nuove soluzioni nascono dalla necessità di costruire strategie per il territorio che consentano di coordinare soggetti relativamente autonomi e condividere risorse”*. Nel richiamato documento sono indicati i centri di responsabilità e le modalità operative per l'attivazione dell'assistenza : erogazione fornitura di ausili, assistenza domiciliare, assistenza di tipo residenziale.

Assistenza dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità

La Regione Campania nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Conferenza Stato-regioni “Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province

¹⁰ Cfr.nota 5 del presente documento

autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009"ha programmato l'utilizzo dei fondi a destinazione vincolata riservati per l'azione "La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità".

Il relativo progetto regionale, approvato con DGR 995 del 25.05.2009 prevede l'attivazione di "Percorsi assistenziali nelle SUAP (Speciali Unità di Accoglienza Permanente) per soggetti in Stato vegetativo e in Stato di minima coscienza" ed un percorso di presa in carico di tipo domiciliare.

Come determinato dal decreto commissariale 49/2010, il fabbisogno per le Speciali Unità di Assistenza Permanente (SUAP).è calcolato su un indice di 3-5 p.l./100.000 ab., parametrato sullo stesso dato della popolazione residente suindicato pertanto il corrispondente fabbisogno è di n. 232 p.l.

Quindi l'obiettivo è soddisfare nel corso del triennio di vigenza del piano sanitario il fabbisogno di posti letto residenziali per tale tipologia di pazienti.

B) Sistema delle cure domiciliari

Per ciò che concerne le cure domiciliari, l'indice di fabbisogno, o meglio gli indicatori e gli standard e i livelli assistenziali sono riportati nella sezione dedicata all'area della domiciliarità. Pur tuttavia si segnala che è necessario per ciascuna tipologia di utenti individuare un profilo assistenziale ed uno standard assistenziale e quindi il fabbisogno in termini di requisiti organizzativi e di giornate di cura da erogare. Questo ultimo punto costituisce un obiettivo che è riportato complessivamente per l'area della domiciliarità ma che di fatto è un obiettivo specifico per l'area della non autosufficienza che comprende e ingloba gli interventi di tipo domiciliare.

Azioni

Ogni azienda sanitaria dovrà dotarsi di un atto di programmazione specifico per la non autosufficienza, articolato su più livelli per la varietà dei soggetti identificati, il coinvolgimento di figure professionali diversificate e per la complessità dei profili assistenziali.

La programmazione degli interventi che ne deve scaturire si incentrerà su direttrici multiple, e dovrà essere finalizzata ad avviare, sostenere ed attuare «un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo».

Occorre definire a livello regionale e aziendale un modello ad accesso multiplo e a percorso unico per tutte le tipologie di cittadini che esprimono un bisogno sociosanitario complesso utilizzando e rafforzando le modalità organizzative già utilizzate per la programmazione socio-sanitaria, quali il punto unitario di accesso, la valutazione multidimensionale, il progetto personalizzato.

La strategia si sintetizza nei seguenti punti:

- semplificare ed uniformare le procedure e l'organizzazione per l'accesso alle misure a favore della non autosufficienza;
- definire in tutte le sue fasi il processo di presa in carico;
- potenziare i nodi della rete;
- definire gli aspetti procedurali (protocolli e procedure per dimissioni protette);
- implementare i Sistemi informativi per il monitoraggio degli obiettivi di salute.

Gli obiettivi da raggiungere nel triennio sono riportati nella tabella che segue.

	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	costituzione di un gruppo tecnico di monitoraggio per la non autosufficienza di supporto alle attività degli uffici regionali, con il compito di definire il Programma regionale per la non autosufficienza	incontri informativi con i referenti aziendali	monitoraggio e valutazione dell'impatto degli interventi del presente piano nell'organizzazione aziendale
	adeguamento, aggiornamento ed adozione di specifici strumenti di valutazione univoca dei profili assistenziali e di bisogno	definizione di un sistema di valutazione	completamento del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale e domiciliare
	potenziamento del sistema di offerta residenziale, semiresidenziale e domiciliare valorizzando le risorse a destinazione vincolata	potenziamento dei sistemi informativi	potenziamento dei sistemi informativi
	adeguamento dei sistemi informativi al cronoprogramma ministeriale	campagne informative per i cittadini	
Obiettivi Aziendali	definizione, messa a punto di protocolli/percorsi assistenziali specifici per patologia e relativo monitoraggio	diffusione degli strumenti di valutazione multidimensionale	monitoraggio e valutazione delle azioni realizzate
	definizione dei piani/programmi locali di non autosufficienza in collaborazione e integrazione con il sistema dei servizi sociali territoriali per la costruzione di una rete stabile di presa in carico del soggetto non autosufficiente	campagne informative aziendali dedicate	completamento del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale e domiciliare
	adeguamento dei sistemi informativi dedicati	Definizione e messa a punto di strumenti di monitoraggio e valutazione del servizio e della qualità	
		Popolamento dei sistemi informativi dedicati	Popolamento dei sistemi informativi dedicati

8.3 La rete delle cure palliative

Le cure palliative, sono quell'insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiari finalizzati alla cura attiva e totale di quei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una rapida evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

Le Cure Palliative sono offerte nel rispetto delle convinzioni e dei desideri del malato, secondo il principio del consenso informato e attenzione all'intensità delle cure, tali da non produrre accanimento.

L'assetto organizzativo

La domanda di assistenza a favore dei pazienti terminali ed il costante aumento della mortalità secondaria a patologie inguaribili a rapida evoluzione ed, in particolare, a malattie neoplastiche, ha reso necessaria l'implementazione della rete integrata di assistenza ai Malati Terminali quale nuovo modello organizzativo.

La Regione Campania con il decreto 04 del 10 gennaio 2011 ha definito le " linee di indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali". Nell'atto sono descritti il modello assistenziale, le sue caratteristiche le funzioni e le strutture coinvolte, in linea con i più recenti indirizzi normativi a livello nazionale. Si tratta di un modello a rete in grado di garantire livelli assistenziali adeguati alle necessità dei pazienti e differenti percorsi a seconda dell'evoluzione più o meno rapida della malattia, sia per i malati terminali sia per le famiglie, prediligendo, tra le varie forme assistenziali, quella domiciliare e ricorrendo alla residenzialità solo laddove non è possibile l'assistenza a domicilio.

La Rete deve essere composta da un sistema di offerta multi specialistica nel quale la persona malata e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata, in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare, e le strutture di degenza, dette hospice, specificamente dedicate al ricovero/ soggiorno dei malati *temporaneamente* non assistibili presso la propria abitazione.

Tale modalità assistenziale, in quanto integrazione di tipologie diverse di assistenza, deve rispondere in maniera adeguata ai bisogni dei malati terminali soprattutto in termini di umanizzazione delle cure.

La rete deve garantire le seguenti tipologie di assistenza per adulti e minori:

- assistenza ambulatoriale (modalità assistenziale di cure palliative basata sul setting ambulatoriale) per il controllo ed il monitoraggio della situazione clinica individuale (la terapia del dolore, il supporto di tipo psicologico, spirituale e sociale rivolto al malato e al suo nucleo familiare) e l'accesso facilitato a procedure di diagnostica di laboratorio e strumentale. L'attività ambulatoriale si svolge presso le strutture ospedaliere, le sedi distrettuali o poliambulatoriali, purché sufficientemente attrezzate e con elevata accessibilità
- assistenza domiciliare è una modalità assistenziale che garantisce l'effettuazione a domicilio di interventi palliativi, caratterizzati da un più elevato contenuto sanitario, conseguenti a situazioni cliniche di scompenso o di particolare complessità, tali da rendere necessario un intervento assistenziale, che copra l'intero arco delle 24 ore.
L'attivazione e la responsabilità del servizio competono al MMG in una prima fase e successivamente al dirigente medico della U.O. di Cure Palliative, in collaborazione con il personale del distretto secondo protocolli operativi concordati.
Per il paziente pediatrico tale assistenza sarà erogata, ove possibile, da una équipe con competenze specifiche per le patologie dell'età pediatrica
- assistenza in struttura residenziale per adulti/minori detto hospice o day hospice
- assistenza in struttura residenziale di cure palliative per minori erogate in centro specialistico di cure palliative per minori

- assistenza ospedaliera in regime ordinario o in day hospital per interventi diagnostici e/o terapeutici di breve durata concordati con specifici protocolli d'intesa.

E deve assicurare:

- una presa in carico globale del paziente;
- una corretta gestione delle problematiche connesse alla assistenza dei pazienti che necessitano di cure palliative;
- assicurare ai Malati Terminali una forma di assistenza finalizzata al controllo del dolore e degli altri sintomi, improntata al rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali di ciascuno di essi e al sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi familiari .
- agevolare la permanenza dei pazienti presso il proprio domicilio garantendo ad essi ed alle loro famiglie la più alta qualità di vita possibile;
- ottenere una riduzione significativa e programmata dei ricoveri impropri.

Affinché la Rete di assistenza possa garantire il diritto di accesso alle cure palliative da parte del malato in fase terminale, è necessario, inoltre, verificare la presenza dei seguenti elementi indispensabili per un'assistenza di qualità:

- definizione caratteristiche essenziali per garantire la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia terminale;
- individuazione dei volontari e delle figure professionali necessarie per la formazione di un'equipe multi professionale specializzata nell'assistenza socio-sanitaria in cure palliative;
- istituzione di percorsi formativi per il personale, affinché gli operatori sanitari e sociali impegnati nei programmi di cure palliative o nell'assistenza ai malati terminali ricevano una adeguata formazione nel trattamento del paziente in fase terminale e nell'applicazione della terapia del dolore severo;
- semplificazione e facilitazione dell'accesso dei pazienti alla rete di cure palliative;
- garanzia della distribuzione e della gratuità dei presidi e dei farmaci impiegati nella terapia del dolore, mantenendo controlli adeguati volti a prevenirne abusi o distorsioni;
- promozione di una campagna di informazione come strumento di informazione ed educazione sulle potenzialità assistenziali delle cure palliative
- identificazione dei requisiti e criteri di qualità per le cure palliative domiciliari e residenziali

Prima che la rete di cure palliative raggiunga la sua completa realizzazione e funzionalità laddove non siano ancora attive le unità operative di cure palliative previste dalla legge 38/2010, in via transitoria svolgeranno la funzione attribuita alle unità di cure palliative le unità di cure domiciliari in cui sia presente un'equipe multidisciplinare di cure palliative.

Il decreto citato definisce anche criteri di accesso e di ammissione alla rete delle cure palliative e gli standard qualitativi e quantitativi.

Accedono alla rete di cure palliative i pazienti, adulti e minori, affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e, a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata.

Negli hospice come nelle attività di cure palliative specialistiche domiciliari :

- i malati e le loro famiglie vengono supportati e coinvolti nel piano individuale di trattamento;
- i malati sono incoraggiati a esprimere le loro preferenze sul luogo di cura e di morte;
- è garantita la cooperazione e la collaborazione con i professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie, con i servizi ospedalieri e di assistenza domiciliare al fine di supportare i malati ovunque si trovino.

Fabbisogno posti letto hospice

Si ribadisce quanto già definito con decreto 49/2010 relativamente agli indici di fabbisogno dei posti letto per adulti pari a 0,5 posti letto /10.000 abitanti, ovvero 290 posti letto.

Per le strutture residenziali per minori, invece l'indice di fabbisogno è di una struttura per ogni 2-2,5 milioni di abitanti, considerando che il dimensionamento ideale di una struttura per minori è di 10 posti letto, il fabbisogno regionale è di 20-30 posti letto.

Obiettivi da raggiungere nel triennio

Gli obiettivi da realizzare nel triennio di validità del presente PSR sono riportati nella tabella che segue:

	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	costituire ed implementare a livello regionale ed aziendale la rete delle cure palliative e terapia del dolore	monitoraggio dell' applicazione delle linee guida in materia di cure palliative e funzionamento della rete	valutazione completamento della rete assistenziale aziendale secondo le indicazioni del presente piano
	implementare il sistema informativo sulle cure palliative e la terapia del dolore	definizione di strumenti per la verifica e monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni	verifica del raggiungimento dello standard di fabbisogno
	definire linee guida per le cure palliative pediatriche		verifica del raggiungimento dello standard di fabbisogno di cure domiciliari per i malati terminali
Obiettivi Aziendali	definire a livello aziendale percorsi assistenziali per la terapia del dolore applicando la Legge 38/2010 secondo gli indirizzi regionali	applicazione sistema di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate	completamento della rete assistenziale aziendale per le cure domiciliari
	implementare la rete di assistenza per le cure palliative intervenendo sui nodi della rete	implementazione della rete di cure palliative pediatriche	raggiungimento dello standard di fabbisogno di posti letto hospice
	innalzare con azioni formative e organizzative la qualità dei servizi erogati		raggiungimento dello standard di fabbisogno di cure domiciliari
			applicazione delle linee d'indirizzo in cure palliative pediatriche

8.4 La Rete della salute mentale

Lo sviluppo organizzativo dei servizi per la tutela della salute mentale trova un preciso riferimento normativo nei diversi Progetti Obiettivo Salute Mentale (POSM) Nazionali e Regionali emanati in questi anni. In particolare il POSM regionale attualmente in vigore organizza i servizi su un modello molto innovativo e vicino al dettato riformatore scaturito dalla L. 180/78 che prevede la centralità dell'assistenza territoriale, l'integrazione operativa del modello di funzionamento, la piena autonomia del dipartimento strutturale sia sul piano dell'erogazione dell'assistenza che su quello della gestione finanziaria.

Le attuali difficoltà di funzionamento sono ascrivibili, come per l'intero comparto dell'assistenza sanitaria, alle forti limitazioni connesse al piano di rientro finanziario gestito dal commissario regionale tra cui la carenza di risorse umane per il blocco del turn over, i tagli di budget, i processi di riorganizzazione strutturale e di disegno dei Dipartimenti di Salute Mentale di riferimento.

Si avverte la necessità di definire più dettagliatamente alcuni aspetti organizzativi, modalità operative, risorse disponibili per meglio contribuire all'omogeneità dei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale, anche in considerazione della riorganizzazione su base provinciale delle ASL, ridotte da 13 a 7, con conseguente accorpamento dei DSM territoriali.

Viene ulteriormente ribadita la centralità irreversibile dei servizi territoriali sostenendo le Aziende Sanitarie nel disegno dei nuovi Atti Aziendali e identificando idonei strumenti di governo clinico e manageriale – i livelli di responsabilità – disegnando servizi integrati e multidisciplinari strutturalmente coesi, attenti alle innovazioni organizzative, coerenti con lo spirito e la lettera della specifica legislazione italiana ed in una logica di forte integrazione con le esperienze del Terzo Settore.¹¹

Si conferma, pertanto, l'attuale struttura organizzativa aziendale (DSM) e periferica (UOSM) previste dalla DGRC n. 7262 del 27/12/2001 concernente Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGRC n. 2132 del 20/06/2003. Tale quadro normativo va, naturalmente, integrato con le Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09 che, tra l'altro, pongono particolare attenzione al sostegno abitativo, residenzialità e domiciliarità, sistema informativo nazionale per la Salute Mentale, alla formazione e ricerca.

Circa il sistema di finanziamento va rilevato che tra i criteri del riparto del fondo sanitario regionale alle aziende è prevista la destinazione del 5% del fondo alle attività di salute mentale.

Fermo restando quanto previsto dal quadro normativo vigente, la Regione Campania ha individuato ulteriori obiettivi strategici da sviluppare nell'ambito del presente Piano Sanitario Regionale attraverso le seguenti azioni.

Riorganizzazione dell'emergenza territoriale

Nel piano generale del servizio di emergenza territoriale, la gestione del paziente in crisi psichiatrica presenta delle criticità peculiari. Si evidenzia, infatti, la necessità di rivedere il disegno organizzativo del funzionamento della emergenza sulle 24 ore superando le diseconomie derivanti soprattutto dall'eccesso di personale utilizzato nelle sedi territoriali per garantire gli interventi nelle ore notturne e festive diurne durante le quali il numero di interventi richiesti sono davvero bassi (circa 1,25 accessi di media) anche perché sono già attivi i servizi di emergenza territoriale (deputati al primo livello della

¹¹Al fine di assicurare i livelli uniformi di assistenza sanitaria previsti dall'art.1, co.4, decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modifiche ed integrazioni, quali indicati nel D.P.R. 1 marzo 1994, n.107; si fa riferimento inoltre alla legge regionale 3 novembre 1994 n° 32, ed in particolare gli artt. 6, 7, 8, 10, 11, 30; al Dlgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", nonché al D.P.R. del 10/11/99 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000"; al DGRC n. 1364 del 30/5/2001 "Principi organizzativi per l'adozione degli Atti Aziendali delle AA.OO. e delle AA.SS.LL."; alle Leggi per l'integrazione socio-sanitaria, al POSM Regionale approvato nel giugno 2003, alle disposizioni commissariali relative al piano della riorganizzazione e di rientro finanziario.

emergenza). La situazione genera addirittura un paradosso quando si considera che negli stessi servizi si registra invece una cronica carenza di personale nelle ore diurne in cui è più alta e pressante la richiesta prestazionale. Una soluzione percorribile è quella di connettere l'emergenza notturna e festiva alla possibilità di ospitare il paziente in crisi presso presidi deputati all'osservazione, alla definizione diagnostica, ai ricoveri brevi evitando così lunghi e traumatici trasferimenti in altri SPDC di altre ASL o di altre Regioni. Collegare l'emergenza notturna e festiva al servizio di emergenza territoriale consentirebbe, inoltre, al servizio di psichiatria territoriale di riassumere la propria funzione istituzionale di servizio specializzato di secondo livello e di garantire la continuità terapeutica anche in acuzia, grazie alla vicinanza della equipe curante competente territorialmente.

Con un modello operativo così organizzato si garantisce una buona utilizzazione delle risorse professionali disponibili nei luoghi e nelle fasce orarie ottimali; si evitano spostamenti lunghi ed inefficaci in altri territori; si consente alle equipe territoriali di non perdere il contatto relazionale e terapeutico con il paziente ed ai familiari una maggiore vicinanza al congiunto ricoverato o in crisi acuta. Tale modello operativo consente una maggiore e più appropriata attivazione dei LEA sia in una ottica prestazionale che in termini di monitoraggio e controllo dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI).

Azioni

In questo scenario assume rilievo il nuovo Piano di Riassetto delle rete ospedaliera (decreto n. 49 del 27/09/2010) sia nella parte che definisce la collocazione dei presidi ospedalieri di ricovero (SPDC) e la quantizzazione dei posti letto, sia nella parte dei Dipartimenti strutturali Integrati delle Emergenze (DIE) riferita alla individuazione della rete dei SPDC. Sono in corso azioni di riordino del percorso di riconversione delle vecchie cliniche neuropsichiatriche in residenze sanitarie assistite dedicate alle varie tipologie di disabilità psichica; la definizione degli accorpamenti territoriali per l'emergenza notturna e festiva; la regolamentazione del lavoro notturno e festivo con la riorganizzazione delle modalità dell'intervento e l'ottimizzazione nell'uso delle risorse professionali (mediche e di comparto) disponibili.

Obiettivi

La scelta operativa immediatamente realizzabile è quella di formulare specifici indirizzi regionali che definiscano i rapporti tra il DSM ed il Servizio per le emergenze territoriali al fine di consentire il trasporto in ambulanza 118 di utenza in crisi psichiatrica, nelle ore notturne e diurne festive, al Presidio Ospedaliero più prossimo dotato di reparto di Psichiatria o, in alternativa, presso una struttura, indicata dal DSM, idonea a consentire ospitalità in osservazione per la formulazione di una corretta diagnosi, per la gestione della crisi, per il ricovero breve, per l'accoglienza in loco del paziente onde evitare lunghi e diseconomici trasferimenti fuori ASL.

Obiettivi regionali a breve termine (entro il 1°anno):

- Indirizzi regionali per la corretta definizione dei rapporti tra DSM e Servizio di Emergenza Territoriale

Obiettivi aziendali a breve termine (entro il 1°anno):

- Regolamenti Aziendali tra DSM e Servizio di Emergenza Territoriale 118
- Programmazione di un corso aziendale di formazione e aggiornamento per la gestione della crisi psichiatrica dedicato agli operatori del servizio di emergenza territoriale e dei DSM
- Produzione di un report a cadenza trimestrale sul numero di interventi effettuati in urgenza notturna e festiva, delle ore di lavoro aggiuntivo e delle risorse umane disponibili
- Mappatura delle aree aggregate e dei relativi centri per l'intervento di urgenza notturna e diurna festiva

Obiettivi regionali a medio termine (entro il 2° anno):

- Monitoraggio del funzionamento della nuova modalità operativa di gestione delle emergenze psichiatriche
- Partecipazione alla diffusione dei flussi informativi ministeriali dedicati

Obiettivi aziendali a breve termine (entro il 2° anno):

- Promozione del funzionamento della nuova modalità operativa
- Monitoraggio degli interventi di trasferimento di urgenze psichiatrica fuori ASL
- Messa a punto di un set di indicatori per il monitoraggio

Obiettivi regionali a lungo termine (entro il 3° anno):

- Messa a regime del nuovo sistema di emergenze
- Valutazione dell'impatto

Obiettivi aziendali a lungo termine (entro il 3° anno):

- Report finale e dati prestazionali e del monitoraggio clinico-organizzativo della nuova modalità di funzionamento e di integrazione sulla emergenza

Area della residenzialità psichiatrica

Il sistema residenziale psichiatrico trova i propri presupposti in una serie di riferimenti normativi tra cui i più importanti sono:

- il DPR 14 gennaio 1997: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- il DPR 10 novembre 1999: Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000";
- la DGRC 7301/2001 requisiti minimi strutturali delle strutture sanitarie e sociosanitarie
- il DPCM 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- l'Accordo Conferenza Stato-Regioni 11 ottobre 2001: "Il sistema informativo nazionale per la salute mentale";
- il Progetto "MATTONI SSN" – Mattone n. 12 (Prestazioni Residenziali) – approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10/12/2003 con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- i Regolamenti Regionali nn. 1 e 3 del 2007 concernenti requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale;
- le linee di indirizzo nazionali per la salute mentale emanate dal Ministero della Salute il 18 marzo 2008;
- il decreto del Ministero della Salute del 15 ottobre 2010 concernente l'istituzione del sistema informativo per la salute mentale.

In particolare, il DPCM 29/11/2001 sui livelli essenziali di assistenza sociosanitaria declina nel dettaglio la responsabilità del sistema sanitario in termini di assistenza residenziale e semiresidenziale nonché la bassa intensità assistenziale prevista con la compartecipazione del comune e/o dell'utenza, al fine di offrire un sistema di offerta e di risposte sempre più appropriate al bisogno del cittadino portatore di patologie psichiatriche.

In tema di residenzialità, già il citato Piano Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 1998-2000 dedica attenzione alle strutture residenziali, definendole «strutture extraospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come chiaramente indicato nel precedente Progetto Obiettivo 1994-1996, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative». Tutto ciò soprattutto con l'intento di dare continuità alla normativa riferita alla dismissione definitiva dei cosiddetti residui manicomiali.

Le Strutture residenziali (con un massimo di 20 posti) sono in quel documento intese come soluzioni abitative differenziate, sulla scorta dell'intensità di assistenza sanitaria erogata (24 ore, 12 ore, fasce orarie), in:

- strutture residenziali ad alta intensità assistenziale - presenza di personale di assistenza sanitaria

nelle 24 ore;

- strutture residenziali a media intensità assistenziale - presenza di personale di assistenza sanitaria nelle 12 ore diurne;
- strutture residenziali a bassa intensità assistenziale - presenza di personale di assistenza sanitaria solo per fasce orarie, nell'ambito del sistema di protezione sociale

Al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale, strutture di questo tipo vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili e prevedono il collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale.

Le Linee di indirizzo nazionali del 2008 riprendono la questione della residenzialità recitando che «il superamento dell'ospedale psichiatrico ha permesso e favorito la nascita di una serie di esperienze di residenzialità più o meno protette e con caratteristiche disomogenee sull'intero territorio nazionale».

Nelle strutture residenziali deve essere centrale il progetto personalizzato incentivando, promuovendo il sostegno abitativo domiciliare e case di piccole dimensioni. Devono essere evitate forme di ricovero improprie in strutture non deputate alla cura del disagio psichiatrico e modelli di accorpamento di strutture. Va precisato che per strutture residenziali ci si riferisce a quelle strutture intermedie che hanno la funzione di sostenere e accompagnare le persone che esprimono un disagio e una sofferenza psichica nella riappropriazione della propria dignità e della propria autonomia e che non possono essere concepite come una soluzione abitativa permanente [...]».

Azioni

Le strutture intermedie di natura sanitaria permettono di attuare interventi multidisciplinari che si pongono come mediazione istituzionale e momento di passaggio verso la comunità. Nell'ambito del disagio psichiatrico ed in funzione dell'intensità di assistenza sanitaria, la Regione Campania ha individuato alcune tipologie di strutture residenziali (per la fase intensiva ed estensiva) e semiresidenziali (centro diurno) attraverso il decreto commissariale n. 5/2011 al cui interno vengono descritti le tipologie strutturali, i destinatari e le attività di tali strutture, nonché la ricettività massima prevista per ciascuna di queste e i profili professionali garantiti, come già anticipato nel decreto commissariale n. 49/2010 con cui è stata programmata la riconversione delle case di cura ad indirizzo neuropsichiatrico.

Per ciascuna struttura, poi, sono individuate le relative tariffe giornaliere e le quote di costo a carico dell'Azienda Sanitaria Locale.

Per ciò che riguarda, invece, la bassa intensità assistenziale delle strutture sociosanitarie è altresì in corso di definizione un provvedimento congiunto tra Sanità e Politiche Sociali per la loro corretta individuazione che, unitamente all'elenco di strutture sociali esistente, completerà il sistema di offerta di strutture per cittadini con disturbi psichici.

Per quanto attiene la tematica delle soluzioni residenziali per soggetti psichici a bassa intensità assistenziale ed in cui attuare forme di protezione, da periodiche a continuative, differenziate e flessibili in rapporto alle condizioni cliniche dei pazienti (Comunità Protette, Case Famiglia, Gruppi Appartamento), tale organizzazione – già evidenziata “*Progetto Obiettivo regionale per la Tutela della Salute Mentale in Campania*” (P.O.S.M.), approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2132 del 20/06/2003 – è attualmente in fase di rivisitazione alla luce di quanto contenuto nel DPCM 29/11/2001.

Obiettivi

Le azioni regionali ed aziendali devono convergere verso i seguenti obiettivi comuni:

Obiettivi regionali a breve termine (entro il 1° anno):

- Diffusione del provvedimento regionale per la definizione delle tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie per soggetti psichiatrici, dei criteri di accesso, dei profili professionali e del relativo sistema tariffario

- Avvio della fase di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche
- Definizione, di concerto con le Politiche Sociali, delle tipologie di attività/strutture a bassa intensità assistenziale sanitaria e sociosanitarie per soggetti psichiatrici con relativi criteri di accesso, profili professionali e sistema tariffario/compartecipativo
- Avvio del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) previsto dal decreto del Ministero della Salute del 15/10/2010

Obiettivi aziendali a breve termine (entro il 1° anno):

- Recepire il provvedimento di cui al decreto commissariale n. 5/2011
- Contribuire alla fase di avvio del SISM

Obiettivi regionali a medio termine (entro il 2° anno):

- Avvio del sistema di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali di carattere sanitario e sociosanitario e riordino della rete aziendale e territoriale sulla base dei bisogni dell'utenza
- Analisi della fase di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche

Obiettivi aziendali a lungo termine (entro il 2° anno):

- Contribuire all'avvio del SISM nel territorio regionale

Obiettivi regionali a lungo termine (entro il 3° anno):

- Messa a regime del sistema di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali di carattere sanitario e sociosanitario ivi comprese le case di cure neuropsichiatriche riconvertite
- Collaborare alla infrastrutturazione del SISM e monitoraggio dei flussi informativi su strutture, risorse, personale e prestazioni erogate dai DSM
- Valutazione dell'impatto del riordino delle residenzialità

Obiettivi aziendali a lungo termine (entro il 3° anno):

- Valutazione a livello aziendale della riconversione e della riorganizzazione della rete residenziale
- Mappatura del sistema di offerta residenziale di strutture per soggetti psichici
- Popolamento del SISM

Ambulatori specializzati per patologie emergenti

Negli ultimi anni si è assistito ad un forte aumento di richieste di presa in carico per patologie mentali. Il continuo mutamento sintomatologico di tali patologie ha comportato una sempre maggiore diversificazione della domanda afferente ai servizi e delle metodologie operative di risposta.

I servizi di salute mentale si trovano quindi di fronte a richieste molto diversificate rispetto ai bisogni dell'utenza, bisogni sempre più orientati verso aree psicopatologiche emergenti, ma non per questo minoritarie come DCA, psicogeriatrics, disturbi conseguenti a stalking, problematiche inerenti la doppia diagnosi, ecc.

Tra tali problematiche emergenti la regione Campania individua, in particolare, i DCA e lo Stalking quali campi in cui operare interventi strategici con caratteristiche di priorità.

E' necessario, quindi, confrontarsi con tali nuove dimensioni della sanità coniugando l'azione generalista con l'intervento specialistico.

Disturbi della Condotta Alimentare (DCA)

Le richieste ai servizi relative ai disturbi della condotta alimentare, associati ad una diversificazione dei quadri psicopatologici, sono in progressivo aumento. L'esordio clinico dei disturbi della condotta

alimentare è prevalente in età adolescenziale: il riscontro di queste patologie in età adulta rappresenta, il più delle volte, l'esito di situazioni non adeguatamente trattate in età evolutiva o comunque cronicizzate. Pertanto, la necessità di costruire un'adeguata e fitta rete di servizi territoriali consentirebbe alle persone con DCA una presa in carico preventiva ed efficace.

In Campania sono state diffuse diverse deliberazioni dedicate a programmi per la prevenzione dei disturbi alimentari soprattutto orientate al trattamento della fascia adolescenziale. In particolare, la DGR n. 2312/2007, nell'evidenziare che le attività rivolte agli adolescenti rientrano nei LEA, ribadisce che le ASL sono tenute a garantire costanti e continui interventi di promozione/educazione a tutela della salute, per tale fascia di popolazione.

Sulla scorta dell'esperienza e delle buone prassi accumulate, è ora fondamentale evolvere dalla logica del progetto a quella della messa a regime di servizi stabili e continuativi di cui le politiche di organizzazione delle Aziende Sanitarie devono tener conto. Le azioni di seguito descritte rappresentano, pertanto, i contenuti delle scelte operative del presente Piano Sanitario regionale.

Azioni

Le azioni da realizzare per ciò che attiene i DCA devono mirare, in primo luogo, a creare una mappa dei servizi specificamente dedicati al trattamento dei disturbi della condotta alimentare con la finalità di informare il cittadino sulle possibilità di trattamento offerte; devono consentire, poi, di organizzazione sul territorio una rete assistenziale integrata che soddisfi le richieste diversificate associate a questo quadro patologico; infine, su proposta delle ASL territoriali, è necessario programmare e realizzare centri di riferimento – a carattere residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale – che consentano di evitare i ricoveri in altre Regioni anche a causa della assenza di tale strutture comunitarie in ambito regionale (con costi altissimi per l'inevitabile mobilità).

Obiettivi da raggiungere

Obiettivi regionali a breve termine (entro il 1° anno):

- Predisposizione di linee guida per la presa in carico delle persone con DCA
- Elaborazione di linee di indirizzo per l'aggiornamento e la formazione specifica per gli operatori interessati

Obiettivi aziendali a breve termine (entro il 1° anno):

- Recepimento e applicazione delle linee guida regionali per la presa in carico delle persone con DCA
- Attivazione di percorsi dedicati all'aggiornamento e alla formazione specifica per gli operatori interessati

Obiettivi regionali a medio – lungo termine (entro il 2°- 3° anno):

- Elaborazione di un documento concernente le buone pratiche nel trattamento dei DCA basato su evidenze scientifiche con un aggiornamento e/o definizione di linee guida organizzative ed operazionali
- Ricognizione dei percorsi aziendali o interaziendali per la continuità dell'assistenza ai DCA e per garantire l'integrazione della rete fra i professionisti di diverse discipline e per fascia di età assistita
- Valutazione dell'impatto

Obiettivi aziendali a medio – lungo termine (entro il 2°-3° anno):

- Recepimento e applicazione delle indicazioni sulle buone pratiche nel trattamento dei DCA
- Collaborazione alla fase di ricognizione della continuità assistenziale per i DCA

Disturbi conseguenti ad azioni di stalking

Lo stalking, definito anche come “sindrome del molestatore assillante”, consiste in un insieme di comportamenti anomali e fastidiosi verso una persona, costituiti da comunicazioni intrusive (quali per esempio: telefonate e lettere anonime, sms, e-mail, invio di fiori, etc.) oppure da comportamenti volti a controllare la propria vittima (per esempio: pedinamenti, appostamenti, sorveglianza sotto casa, violazione di domicilio, minacce di violenza, aggressioni, omicidio o tentato omicidio).

Questo termine identifica una sistematica violazione della libertà personale; si tratta di una realtà trasversale che riguarda un numero sempre più elevato di persone. Costituisce un fenomeno molto diffuso e che provoca gravi conseguenze psicologiche sulle vittime.

Di recente, nell'ordinamento normativo e giudiziario italiano, è stato introdotto il reato di atti persecutori con il Decreto Legge n° 11 del 23 febbraio 2009, poi convertito in Legge (la n° 38) il 23 aprile 2009.

L'esperienza di stalking produce spesso danni significativi e addirittura veri e propri disturbi psichiatrici quali ad esempio depressione ed ansia.

Da diversi studi internazionali di popolazione risulta che il 37% delle vittime soffre di sintomi da “Disturbo Post-Traumatico da Stress”. Inoltre, uno studio recente evidenzia che un terzo delle vittime, dopo un anno dalla fine degli atti persecutori, manifesta ancora residui sintomi psicopatologici. Circa il 10% degli intervistati vittime di stalking ammette di aver pensato di porre fine alla propria vita.

Questi dati evidenziano la necessità di mettere in atto azioni organizzative che consentano ai dipartimenti di salute mentale di dare risposte concrete e specifiche rispetto a queste emergenti aree di sofferenza psicologico-psichiatrica.

Azioni

Per giungere a progettare ed organizzare servizi che erogano prestazioni di sostegno a favore delle persone vittime di stalking ed assistenza allo stalker è opportuno, innanzi tutto, predisporre azioni a livello regionale – anche attraverso appositi gruppi di lavoro interassessorili o direttive regionali ai Direttori Generali/Commissari Straordinari – per avviare e monitorare, a livello di ASL territoriale, le seguenti attività:

- attivazione di Protocolli di Intesa con i Tribunali e le forze dell'ordine per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura;
- attivazione di Sportelli di Accoglienza e di Call Center presso i DSM della ASL per raccogliere le richieste di ascolto e le prime segnalazioni;
- azioni di formazione e di informazione alla popolazione mediante la predisposizione di linee di indirizzo per sensibilizzare tutte le istituzioni presenti sul territorio e gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali per il riconoscimento e l'adeguata accoglienza delle vittime, al fine di indurre una minore tolleranza nei confronti di questo tipo di sopruso, un atteggiamento protettivo nei confronti delle vittime ed una maggiore propensione alle azioni per limitare la diffusione e le conseguenze della violenza organizzando corsi di Aggiornamento per tutto il personale dei servizi di assistenza (ASL e Comuni) sociale, sanitario, e parasanitario; ciò avvalendosi anche di formatori provenienti da altre realtà istituzionali (sanitarie, giudiziarie, sociali);
- attivazione di siti web orientati a raccogliere ed a diffondere materiali didattici ed esplicativi, dati epidemiologici, indirizzarsi di associazioni, di professionisti e volontari con indicazione delle specifiche competenze e disponibilità;
- adozione di schede e protocolli standardizzati regionali per la valutazione della depressione, del rischio suicidario e della pericolosità. Addestramento all'uso di tali strumenti e loro diffusione attraverso una rete di Associazioni e di interlocutori privilegiati del territorio;

- azioni per favorire il collegamento strutturato (e servizio di consulenza) con i medici di medicina generale e con i consultori familiari, anche per ottenere sia uno screening sistematico che una collaborazione nel percorso di assistenza e presa in carico della vittima;
- azioni per favorire la costituzione di una rete di supporto sociale tesa a implementare l'integrazione e la collaborazione attiva di associazioni femminili presenti sul territorio, di associazioni di difesa dei diritti civili, di associazioni culturali, politiche e sindacali con le loro ramificazioni di genere;
- elaborazione e diffusione di materiale informativo per far conoscere il fenomeno, pubblicare una guida o altro materiale informativo con suggerimenti ed indicazioni pratiche in caso di Stalking (a chi rivolgersi, numeri telefonici, sede e orari dello sportello, aiuti disponibili);

Obiettivi

Obiettivi regionali a breve termine (entro il 1° anno):

- Predisposizione di linee guida specifiche sullo stalking e sulla presa in carico delle sue vittime
- Elaborazione di linee di indirizzo per la formazione per gli operatori interessati

Obiettivi aziendali a breve termine (entro il 1° anno):

- Recepimento delle linee guida sullo stalking
- Attivare di corsi di formazione specifici

Obiettivi regionali a medio – lungo termine (entro il 2°- 3° anno):

- Attivazione di Protocolli di Intesa tra le ASL ed i Tribunali e le Forze dell'Ordine del territorio di riferimento per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura
- Creazione di una banca dati sul fenomeno

Obiettivi aziendali a medio – lungo termine (entro il 2°- 3° anno):

- Attivazione di azioni sinergiche ed interistituzionali sulla base dei protocolli di intesa stipulati a livello regionale
- Collaborazione per il flusso informativo della banca dati sullo stalking

	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Regionali	RIORGANIZZAZIONE DELLA EMERGENZA TERRITORIALE <ul style="list-style-type: none"> - Indirizzi regionali per la corretta definizione dei rapporti tra DSM e Servizio di Emergenza Territoriale 	RIORGANIZZAZIONE DELLA EMERGENZA TERRITORIALE <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio del funzionamento della nuova modalità operativa di gestione delle emergenze psichiatriche - Partecipazione alla diffusione dei flussi informativi ministeriali dedicati 	RIORGANIZZAZIONE DELLA EMERGENZA TERRITORIALE <ul style="list-style-type: none"> - Messa a regime del nuovo sistema di emergenze - Valutazione dell'impatto
	AREA DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA <ul style="list-style-type: none"> - Diffusione del provvedimento regionale per la definizione delle tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie per soggetti psichiatrici, dei criteri di accesso, dei profili professionali e del relativo sistema tariffario - Avvio della fase di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche - Definizione, di concerto con le Politiche Sociali, delle tipologie di attività/strutture a bassa intensità assistenziale sanitaria e sociosanitarie per soggetti psichiatrici con relativi criteri di accesso, profili professionali e sistema tariffario/compartecipativo - Avvio del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) previsto dal decreto del Ministero della Salute del 15/10/2010 	AREA DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA <ul style="list-style-type: none"> - Contribuire all'avvio del sistema di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali di carattere sanitario e sociosanitario e riordino della rete aziendale e territoriale sulla base dei bisogni dell'utenza - Analisi della fase di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche 	AREA DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA <ul style="list-style-type: none"> - Contribuire alla messa a regime del sistema di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali di carattere sanitario e sociosanitario ivi comprese le case di cure neuropsichiatriche riconvertite - Collaborare alla infrastrutturazione del SISM e monitoraggio dei flussi informativi su strutture, risorse, personale e prestazioni erogate dai DSM - Valutazione dell'impatto del riordino delle residenzialità - Valutazione della direzione strategica
	AMBULATORI SPECIALIZZATI PER PATOLOGIE EMERGENTI (DCA) <ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione di linee guida per la presa in carico delle persone con DCA - Elaborazione di linee di indirizzo per l'aggiornamento e la formazione specifica per gli operatori interessati 	AMBULATORI SPECIALIZZATI PER PATOLOGIE EMERGENTI (DCA) <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di un documento concernente le buone pratiche nel trattamento dei DCA basato su evidenze scientifiche con un aggiornamento e/o definizione di linee guida organizzative ed operazionali - Ricognizione dei percorsi aziendali o interaziendali per la continuità dell'assistenza ai DCA e per garantire l'integrazione della rete fra i professionisti di diverse discipline e per fascia di età assistita - Valutazione dell'impatto 	
	AMBULATORI SPECIALIZZATI PER PATOLOGIE EMERGENTI (Stalking) <ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione di linee guida specifiche sullo stalking e sulla presa in carico delle sue vittime - Elaborazione di linee di indirizzo per la formazione per gli operatori interessati 	AMBULATORI SPECIALIZZATI PER PATOLOGIE EMERGENTI (Stalking) <ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di Protocolli di Intesa tra le ASL ed i Tribunali e le Forze dell'Ordine del territorio di riferimento per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura - Creazione di una banca dati sul fenomeno 	

	1° anno	2° anno	3° anno
Obiettivi Aziendali	RIORGANIZZAZIONE DELLA EMERGENZA TERRITORIALE <ul style="list-style-type: none"> - Regolamenti Aziendali tra DSM e Servizio di Emergenza Territoriale 118 - Programmazione di un corso aziendale di formazione e aggiornamento per la gestione della crisi psichiatrica dedicato agli operatori del servizio di emergenza territoriale e dei DSM - Produzione di un report a cadenza trimestrale sul numero di interventi effettuati in urgenza notturna e festiva, delle ore di lavoro aggiuntivo e delle risorse umane disponibili - Mappatura delle aree aggregate e dei relativi centri per l'intervento di urgenza notturna e diurna festiva 	RIORGANIZZAZIONE DELLA EMERGENZA TERRITORIALE <ul style="list-style-type: none"> - Promozione del funzionamento della nuova ,modalità operativa - Monitoraggio degli interventi di trasferimento di urgenze psichiatrica fuori ASL - Messa a punto di un set di indicatori per il monitoraggio 	RIORGANIZZAZIONE DELLA EMERGENZA TERRITORIALE <ul style="list-style-type: none"> - Report finale e dati prestazionali e del monitoraggio clinico-organizzativo della nuova modalità di funzionamento e di integrazione sulla emergenza
	AREA DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA <ul style="list-style-type: none"> - Recepire il provvedimento di cui al decreto commissariale n. 5/2011 - Contribuire alla fase di avvio del SISM 	AREA DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA <ul style="list-style-type: none"> - Contribuire all'avvio del SISM nel territorio regionale 	AREA DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione a livello aziendale della riconversione e della riorganizzazione della rete residenziale - Mappatura del sistema di offerta residenziale di strutture per soggetti psichici - Popolamento del SISM - Valutazione delle performance della direzione del dipartimento e dei responsabili delle unità operative
	AMBULATORI SPECIALIZZATI PER PATOLOGIE EMERGENTI (DCA) <ul style="list-style-type: none"> - Recepimento e applicazione delle linee guida regionali per la presa in carico delle persone con DCA - Attivazione di percorsi dedicati all'aggiornamento e alla formazione specifica per gli operatori interessati 	AMBULATORI SPECIALIZZATI PER PATOLOGIE EMERGENTI (DCA) <ul style="list-style-type: none"> - Recepimento e applicazione delle indicazioni sulle buone pratiche nel trattamento dei DCA - Collaborazione alla fase di ricognizione della continuità assistenziale per i DCA 	
	AMBULATORI SPECIALIZZATI PER PATOLOGIE EMERGENTI (Stalking) <ul style="list-style-type: none"> - Recepimento delle linee guida sullo stalking - Attivare di corsi di formazione specifici 	AMBULATORI SPECIALIZZATI PER PATOLOGIE EMERGENTI (Stalking) <ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di azioni sinergiche ed interistituzionali sulla base dei protocolli di intesa stipulati a livello regionale - Collaborazione per il flusso informativo della banca dati sullo stalking 	

8.5 La Rete delle dipendenze e delle patologie correlate

Negli ultimi anni lo scenario dei fenomeni di consumo delle sostanze stupefacenti ha subito notevoli e radicali trasformazioni: numerosi e continui sono i mutamenti sul piano epidemiologico.

La diversa tipologia di consumatori ha generato nuovi e diversificati bisogni, in tema di assistenza e protezione sociale, che ad oggi non trovano ancora completa risposta.

Secondo quanto rilevato dall' Osservatorio Dipendenze della Regione Campania(anno 2009) I Ser.T. dislocati nel territorio regionale sono 46 ed hanno in carico circa 24.000 utenti (di cui 1.700 donne).

Nel 2009 ai giovani già seguiti dai servizi si sono aggiunti 4.200 nuovi "iscritti" di cui il 50% ha una età compresa tra i 25 e i 34 anni.

La sostanza stupefacente maggiormente utilizzata (sostanza primaria) rimane l'eroina (per 15.000 utenti), ma la cocaina inizia ad interessare circa 4.000 persone tra gli assistiti dai servizi. A tale proposito va ricordato che, per quei soggetti che si caratterizzano per i nuovi stili di consumo (tra cui quelli relativi ai consumi di cocaina) esiste una considerevole parte di popolazione (il c.d."sommerso") che, non rivolgendosi ai Servizi, rimane in un cono d'ombra epidemiologico.

Per quanto riguarda i trattamenti attivati, prevalgono quelli di tipo farmacologico, il più delle volte integrati con interventi psicologici di supporto. I trattamenti con metadone sono stati 16.473 mentre quelli con buprenorfina 3.062. Gli interventi di tipo riabilitativo, svolti nelle Comunità Terapeutiche residenziali, hanno interessato circa 2.000 giovani.

La seguente tabella indica, per ogni ASL, la distribuzione dell'utenza, con la specifica suddivisione di genere e dei nuovi presi in carico nel corso del 2009.

2009	Nuovi Utenti		Soggetti in carico e/o rientrati		Totale		
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	totale
AV	258	23	1.305	81	1.563	104	1.667
BN	51	6	431	33	482	39	521
CE	278	22	2.311	159	2.589	181	2.770
NA1 centro	1.644	50	4.978	346	6.622	396	7.018
NA2 nord	378	44	3.043	150	3.421	194	3.615
NA3 sud	349	25	2.724	216	3.073	241	3.314
SA	927	106	3.289	406	4.216	512	4.728
Totali	3.885	276	18.081	1.391	21.966	1.667	23.633
	4.161		19.472				
Totale utenti	23.633						

Tali dati, comparati con quelli degli anni precedenti, mostrano una flessione del numero di nuovi soggetti che si rivolgono ai servizi a fronte di un aumento costante della fascia di popolazione generale che consuma sostanze.

Va quindi preso atto che i servizi esprimono una gamma di azioni insufficienti ad affrontare la complessità del fenomeno nelle sue diverse espressioni (*ingresso di nuove sostanze sul mercato, diversificazione degli stili di consumo, etc*).

Le politiche di progettazione e configurazione della *Rete delle dipendenze e delle patologie correlate* vengono a rappresentare, nell'attuale scenario normativo nazionale e regionale¹², una componente importante della integrazione sociosanitaria. Tuttavia, a fronte di questa cospicua produzione legislativa, va preso atto di una criticità "applicativa" della stessa.

A partire da ciò, si inserisce il dibattito, sempre più ampio e pressante, sulla necessità di avviare una rimodulazione dei servizi adeguata alle attuali criticità ed ai bisogni emergenti, che di seguito viene indicata nelle azioni da implementare quali priorità strategiche regionali.

Nei livelli essenziali l'area della assistenza per le dipendenze patologiche è collocata nella tabella 1C del DPCM del 29 novembre 2001, ed è considerata tra le aree di intervento ad alta integrazione con il sociale che in questa patologia è molto pregnante ai fini del recupero e della riabilitazione del soggetto.

In particolare i livelli da assicurare e garantire sono quelli inseriti nei macrolivelli ambulatoriali residenziali e semiresidenziali

Attuale assetto organizzativo

La Regione Campania ha adottato linee guida¹³ che disegnano un modello organizzativo finalizzato a ridefinire lo scenario dei servizi secondo una logica dipartimentale che tiene conto delle citate nuove espressioni del fenomeno.

Dal 1990, anno di istituzione dei Sert¹⁴ ad oggi è trascorso un ventennio. Mentre negli anni '80 il tossicodipendente era fruitore di interventi disomogenei e scollegati tra loro (pronto soccorso, comunità terapeutica, carcere) oggi è disponibile una rete di offerta che vede nei SERT e nei dipartimenti il perno attorno al quale orbitano altri sistemi di offerta e di risposta al bisogno.

Nei dati già citati in premessa è stato evidenziato come nelle sette AASSLL regionali siano operativi 46 Servizi per le tossicodipendenze i quali, per natura organizzativa e caratteristiche operative, hanno funzione sovra distrettuale e sono incardinata nel sistema dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche.

Il trattamento e la riabilitazione della dipendenza da sostanze legali ed illegali è assicurato dal Servizio Sanitario Regionale non solo attraverso i competenti servizi delle AASSLL (SerT) ma anche attraverso le strutture accreditate gestite dagli Enti del privato sociale (Enti Ausiliari).¹⁵

Prevenzione

Tutte le progettualità sviluppate in quest'area si accompagnano ad azioni di approfondimento e ricerca, per un continuo monitoraggio del fenomeno e delle sue complicità, espresse sul piano sociale e della collettività.

¹² L.R. n.1 del 7/01/88 "Interventi in materia di tossicodipendenza ed alcolismo"; L.R. n.18 del 04/03/77 "Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da stupefacenti e sostanze psicotrope"

¹³ DGRC del 20/06/2003 n. 2136 ; DGRC n. 1910/2005

¹⁴ Decreto Ministeriale 30/11/1990 n. 444 (pubbl. sulla G.U. n. 25 del 30 gennaio 1991) Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali; D.M. 14 giugno 2002 Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie locali - Ser.T, di cui al D.M. 30 novembre 1990, n. 444.. Pubblicato nella Gazz. Uff. 25 giugno 2002, n. 147

¹⁵ Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Pubbl. sul suppl. ord. alla G.U. n. 255 del 31 ottobre 1990) Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza; Legge n.49 del 21/02/06.....(.....).....Disposizioni per favorire il recupero dei tossicodipendenti,....

In tale direzione vanno diversi progetti dell'area prevenzione. In particolare la Regione Campania ha attuato attraverso l'istituzione del registro Area Programmi (DGRC 1936/2007) la regolamentazione di una serie di interventi volti proprio a fronteggiare il fenomeno delle dipendenze patologiche sotto l'aspetto della prevenzione, declinandone gli obiettivi generali come di seguito:

- Prevenzione primaria di comportamenti a rischio nella popolazione giovanile;
- Prevenzione secondaria ed emersione del sommerso nell'ambito di comportamenti problematici per abuso di sostanze, all'interno di gruppi giovanili;
- Divulgazione di nozioni ed informazioni riguardanti le sostanze ed i rischi connessi all'assunzione;
- Aumento di consapevolezza della reale problematica, attivando dinamiche volte alla riflessione e/o al cambiamento;
- Prevenzione terziaria, intesa come riduzione del danno da uso di sostanze stupefacenti;
- Attuazione di misure sanitario-sociali e psicologiche atte a diminuire i rischi;
- Contenimento della diffusione di malattie a trasmissione ematica e sessuale. Informazione, orientamento e counseling;
- Diminuzione del disagio e miglioramento delle condizioni di vita al fine di agevolare l'integrazione sociale;
- Intervento sulle comunità al fine di favorire un'equilibrata percezione del fenomeno dipendenze patologiche e problematiche correlate.

Tra le principali azioni attivate dalla Regione Campania in questi anni nel settore della prevenzione va collocata l'attività di ricerca e formazione (Progetto CAMPO¹⁶), rivolto a tutti gli operatori delle dipendenze (SerT, Comunità, volontariato, etc.) affidato per l'esecuzione all'Università di Napoli Federico II - Dipartimento di Scienze Mediche Preventive della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Per la prevenzione dei fenomeni di contatto con le sostanze è attivo un programma denominato "SEGNALI DALLE SCUOLE"¹⁷, con l'obiettivo di prevenzione e formazione attraverso interventi specifici di: gruppo tra pari, informazione e conoscenza dei servizi esistenti, scambio di esperienze, forme di comunicazione creative per campagne di contrasto alle droghe.

Sono anche in corso diversi interventi come il "PROGRAMMA SAR - SISTEMA ALLERTA RAPIDA"¹⁸ il cui scopo è quello di costituire una rete di operatori "Drug detector" che, sul territorio intercettano e individuano le nuove sostanze immesse sul mercato. Il progetto prevede un unico network costituito da Regione, Università, SerT, Enti Ausiliari, Forze dell'ordine, Istituto Superiore di Sanità.

Ai fini della prevenzione attenzione particolare deve essere rivolta al mondo dell'immigrazione. Pertanto agli immigrati tossicodipendenti è rivolto il programma TASK FORCE finanziato nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra il Ministero della Solidarietà Sociale¹⁹ e le Regioni²⁰ con l'intento di sensibilizzare e realizzare concrete azioni di supporto per persone già afflitte da grave disagio, quale lo stato di indigenza.

Ulteriori interventi di prevenzione sono attivati attraverso il progetto "DROGHE SENZA VOLTO" finanziato nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra il Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni;

¹⁶ **DGRC n.1213 del 23/09/05** "Programma triennale di formazione per Operatori Dipendenze Patologiche denominato Campo"

¹⁷ **DGRC n.2281 del 30/12/2006** : Segnali. Progetti degli Istituti delle scuole secondarie di I e II grado per l'educazione all'ambito delle dipendenze patologiche

¹⁸ **DGRC n. 1483 del 03/08/2007** : _ Progetto S.A.R. (Sistema Allerta Rapida in Campania

¹⁹ **Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni** (Rep.n.2715 del 14 dicembre 2006)

²⁰ **D.G.R.C n.1218/2007**

il progetto, attualmente in corso ed affidato alle Aziende Sanitarie, propone eventi di formazione per gli utenti, osservazioni partecipanti, esperienze di convivenza con i tossicodipendenti, incontri musicali di socializzazione e coinvolgimento dei giovani nelle scuole.

Di rilevanza strategica nella programmazione regionale è il progetto "IMPRONTE"²¹ proposto dalla Regione Campania (in collaborazione con il Dipartimento Farmacodipendenze e con il terzo settore) che si prefigge di costruire, in un quartiere difficile, Scampia, un "segno" di aiuto e di presenza. Gli obiettivi sono quelli di costituire un comitato permanente sulla droga composto da rappresentanti del quartiere ed avviare una attività di documentazione capace di promuovere cultura e consapevolezza sul tema.

Non vanno trascurate nelle strategie aziendali le attività di prevenzione e contrasto della diffusione del tabagismo, rappresentata dai 14 Centri Antifumo. Essi rientrano nell'Area dei Programmi che la Regione Campania ha inteso individuare per combattere le dipendenze, in linea con quanto l'OMS ha affermato definendo il tabagismo quale prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società. L'obiettivo è quello di creare una rete che operi secondo procedure omogenee.

L'articolazione aziendale : il Dipartimento delle Dipendenze

Il Dipartimento delle Dipendenze costituisce in ogni azienda, l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale. In tal senso programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti dipendenti. Assicura i livelli essenziali di assistenza nell'ambito delle dipendenze, garantendo l'integrazione con i livelli essenziali di natura sanitaria e con le prestazioni integrative erogate dagli enti locali e da altri soggetti titolati. Tutte le problematiche delle Dipendenze, compreso l'alcolismo ed il tabagismo vanno organicamente affrontate all'interno del dipartimento stesso.

Le AASSLL, sulla scorta della specificità territoriale e dei bisogni espressi dalla popolazione, organizzano ogni Dipartimento come cabina di regia e direzione di quella rete di Servizi, Unità Operative, Strutture Intermedie, Progetti, Programmi ed Azioni che, nell'insieme rappresentano il completo piano di azione locale in materia.

L'organizzazione del dipartimento è strettamente connessa alla capillarità del fenomeno, al numero degli utenti in carico ai servizi, alla comorbilità di più problematiche e bisogni concentrati in un medesimo territorio. La Regione Campania ha normato il modello di riferimento con la DGRC 2136/03.

Unità operative SERT (Servizio Tossicodipendenze)

Il Ser.T. svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso/abuso, dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali. All'interno del SerT opera una équipe multidisciplinare, composta da professionisti di differenti competenze (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, assistenti sanitari) per garantire una presa in carico globale ed unitaria che valorizza la centralità della persona. Il percorso di osservazione e diagnosi²², attuato nella fase iniziale, è finalizzato a proporre trattamenti terapeutico-riabilitativi individualizzati, integrati e flessibili.²³

Il SerT si occupa di tutte le problematiche correlate al trattamento delle dipendenze patologiche, attraverso strategie multidisciplinari di recupero e assistenza, sia dal punto di vista sanitario, sia dal punto di vista riabilitativo educativo, sociale e psicologico, mettendo in atto interventi di tutela della salute e di reinserimento nel tessuto sociale. Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione delle

²¹ **DGRC n.2099 del 31/12/2008** Progetto Impronte" Intervento integrato nel quartiere di Scampia del Comune di Napoli.

²² **D.M. n.186/90** "Accertamento uso abituale....."

²³ **Accordo Stato - Regioni 21 gennaio 1999** (pubbl. sulla G.U. n. 61 del 15 marzo 1999) per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti".

malattie infettive, delle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona.

Inoltre l'attività dei SerT sul territorio prevede interventi di prossimità, realizzati anche con il supporto di operatori di strada e unità mobili, in collaborazione con gli Enti Locali, il privato sociale e le associazioni. Le funzioni di prossimità possono comprendere interventi di prevenzione e promozione della salute dei giovani, nelle scuole e nei luoghi di ritrovo (concerti, rave, etc.) e servizi di riduzione del danno per i soggetti dipendenti da sostanze, a rischio di marginalità sociale, che non si rivolgono direttamente al servizio.

Ogni azione del SerT deve esprimere la "presa in carico" nella completezza diagnostica multidisciplinare e nella ricerca di progetti terapeutici elaborati e condivisi con il paziente.

L'intero sistema di offerta di prestazioni deve prevedere l'implementazione dei servizi specialistici (es. *doppia diagnosi, alcool, tabagismo, gioco d'azzardo, etc.*), dei progetti ad alta specificità territoriale, delle azioni preventive dedicate ai diversi target (*giovani, lavoratori, patologie correlate, cronici, etc.*). Va inoltre risolta la carenza, nel territorio regionale, di servizi e programmi terapeutici, soprattutto residenziali, rivolti a particolari problematiche (*madri tossicodipendenti, senza fissa dimora, minori di area penale, etc*) la cui difficoltà di collocazione nelle strutture degli Enti Ausiliari Campani sta determinando un inappropriato ricorso a ricoveri extraregionali. Va poi ricordata la necessità di adempiere alle competenze attribuite al SSN in ordine all'assistenza dei tossicodipendenti di area penale prevedendo interventi che garantiscano una concreta continuità assistenziale per il soggetto tossicodipendente anche in caso di restrizione della libertà personale.²⁴

Le Unità Mobili rientrano nell'Area Programmi che la Regione Campania ha individuato per il contrasto alle dipendenze. Esse sono collegate ai Ser.T per rendere completa l'offerta e i livelli di presa in carico globale della persona tossicodipendente. Tali unità si configurano come strutture flessibili in grado di essere presenti tra la gente sia per attivare i servizi di prossimità, sia per animare comunità di un territorio o di un comune.

Offerta dei Servizi Residenziali e Semiresidenziali il ruolo degli Enti Ausiliari

Nella Regione Campania sono presenti in termini di offerta residenziale e semiresidenziale sia strutture pubbliche, prevalentemente diurne, (cd Strutture intermedie) che del privato sociale. Questi ultimi dalla rilevazione rapporto droghe 2009 risultano essere 18 Enti Ausiliari con 30 sedi operative. Si conferma anche nell'attuale piano il fabbisogno previsto con il decreto commissariale 49/2011 di PL 1954 pari all'8% sul numero iscritti SERT .

Allo stato attuale gli Enti Ausiliari esprimono la quasi totalità dei PL disponibili nel territorio regionale e rappresentato uno degli attori principali nel sistema integrato dell'offerta pubblico -privato .

Strategie regionali nel sistema delle dipendenze

Tra le principali strategie da attivare o implementare la regione intende investire in particolare sulle seguenti:

- Attivazione e miglioramento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica sui principali fenomeni legati all'uso ed abuso di sostanze illegali (oppiacei, cocaina ecc.) e legali (alcool, tabacco ecc.);
- Diminuzione dei tempi di latenza tra la realizzazione dei comportamenti di abuso e la richiesta di presa in carico ai servizi con una efficace azione di prevenzione precoce e selettiva;
- Riduzione della prevalenza di adolescenti che consumano bevande alcoliche e sostanze;
- Riduzione della prevalenza di fumatori tra gli adolescenti e abolizione del fumo tra le donne gravide;

²⁴ **L. n. 230/99 Riordino della Medicina Penitenziaria - DPCM 1 aprile 2008** "modalità e criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni(.....).....in materia di sanità penitenziaria

- Diminuzione del rischio di incidenti in particolare nei giorni e nei luoghi della movida;
- Diminuzione dei ricoveri per patologie correlate ed incremento dell'attenzione a tali patologie nei servizi territoriali.

Ulteriori aree su cui si intende intervenire riguardano: i tossicodipendenti in stato di detenzione e i lavoratori con mansioni a rischio che fanno uso di sostanze, il potenziamento gli interventi delle unità di strada, e dei servizi di doppia diagnosi

Assistenza ai tossicodipendenti in area penale

Risulta necessario realizzare una adeguata assistenza per i detenuti tossicodipendenti secondo il dettato normativo del DPCM 1 aprile 2008. In coerenza con quanto da esso disposto, le AAASSLL dovranno organizzare servizi di assistenza integrata (farmacologica, di sostegno e di accompagnamento alle misure alternative) nel rispetto comunque dei Livelli essenziali di assistenza in linea con il dettato normativo del D.M. n° 444/90.

Occorre inoltre attivare progetti, dedicati alla popolazione tossicodipendente detenuta, di informazione e riduzione del danno. Andrà altresì individuato un piano di azione, in stretta cooperazione e corresponsabilità con i Dipartimenti di Salute Mentale e l'amministrazione Penitenziaria, per la prevenzione dei suicidi in carcere.

Unità Mobili

In ogni ASL – secondo l'estensione del territorio – dovranno essere attivate Unità Mobili, almeno una per azienda. Queste dovranno rappresentare nel sistema di offerta aziendale una specifica offerta di servizio secondo quanto previsto nell'area programmi. Le unità mobili rappresentano uno degli strumenti attraverso cui "agganciare" l'utente anche della fascia adolescenziale che notoriamente non si rivolge ai servizi strutturati. Offrono opportunità di informazione e prima accoglienza, ma soprattutto intercettano nei luoghi di aggregazione.

Le Unità Mobili iscritte attualmente al Registro Regionale Area Programmi sono 23.

Accertamento uso sostanze tossicodipendenza nei lavoratori

Un nuovo fronte di impegno per la rete dei servizi per le dipendenze è rappresentato dalle procedure formalizzate di Accertamento della tossicodipendenza nei lavoratori²⁵: un programma operativo rivolto alle professioni a rischio e che prevede il potenziamento delle attività dell'attività dei laboratori di tossicologia.

Servizi di doppia diagnosi

Negli ultimi 10 anni le patologie correlate alla dipendenza sono aumentate per caratteristiche e complessità. In particolare si è notato un aumento di utenti che presentano problematiche psichiatriche che hanno imposto una riorganizzazione dei servizi con la conseguente necessità di individuare progetti terapeutici specifici e rafforzare il dialogo con i dipartimenti di salute mentale.

Obiettivi da raggiungere nel triennio

Gli obiettivi da realizzare nel triennio di validità del presente PSR sono riportati nella tabella che segue:

²⁵ **ACCORDO STATO-REGIONI - Provvedimento del 17 settembre 2008** Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi applicative del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007

D.G.R. n. 218 del 01/02/2008 la Regione Campania ha recepito l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza

D.G.R.C. n. 1448/2009 è stato recepito il "Protocollo operativo per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi ai sensi dell'Intesa Stato/Regioni (Provvedimento n. 99/CU del 30/10/2007) e dell'Accordo Stato/Regioni (rep. atti n. 178 del 18 settembre 2008)", elaborato dal suddetto

	1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
Obiettivi Regionali	<p>INFORMATIZZAZIONE Avvio seconda fase del SID e SIND secondo quanto previsto dal cronoprogramma ministeriale.</p>	<p>INFORMATIZZAZIONE Completare la infrastrutturazione dei progetti di informatizzazione SIND e NIOD secondo quanto previsto dal cronoprogramma ministeriale</p>	<p>INFORMATIZZAZIONE Completamento e messa a regime della cartella clinica informatizzata. Monitoraggio infrastrutturazione sistema SID come da indicazioni ministeriali</p>
	<p>PREVENZIONE Promozione, tra i giovani, di politiche di prevenzione, informazione e sensibilizzazione sulla guida responsabile e consapevole Coinvolgimento istituti scolastici nei programmi di prevenzione regionali e nazionali</p>	<p>PREVENZIONE Realizzazione di specifici programmi di prevenzione sul territorio con particolare attenzione alla prevenzione precoce e selettiva in particolare su alcool, gioco d'azzardo e tabagismo</p>	<p>PREVENZIONE Monitoraggio progetti di prevenzione e valutazione di efficacia</p>
	<p>ASSETTO DEI SERVIZI E DELLA RETE Indirizzi regionali per il riordino dell'organizzazione aziendale e del sistema dei servizi dell'area delle dipendenze patologiche con particolare attenzione ai servizi per la doppia diagnosi, sia nelle AASSLL che negli istituti penitenziari Ridefinizione delle tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti tossicodipendenti, dei criteri di accesso, dei profili professionali e del relativo sistema di remunerazione</p>	<p>ASSETTO DEI SERVIZI E DELLA RETE Completamento degli assetti organizzativi della rete e monitoraggio.</p>	<p>ASSETTO DEI SERVIZI E DELLA RETE Verifica e monitoraggio dell'attuazione del modello proposto dal presente piano nelle ASSLL</p>
Obiettivi Aziendali	<p>INFORMATIZZAZIONE Recepimento e formalizzazione del progetto di informatizzazione e avvio popolamento del sistema</p>	<p>INFORMATIZZAZIONE popolamento del sistema informativo</p>	<p>INFORMATIZZAZIONE Messa regime del sistema SID Valutazione dei risultati e delle performance della dirigenza</p>

	<p>PREVENZIONE</p> <p>Attivazione di percorsi di informazione e comunicazione e progetti di contatto precoce</p> <p>Programma operativo di accertamento della dipendenza per le professioni a rischio. Pianificazione della formazione.</p>	<p>PREVENZIONE</p> <p>Collaborazione tra i SERT e le Scuole Guida per la predisposizione di progetti di contrasto agli incidenti stradali</p> <p>Prosecuzione del Programma operativo di accertamento della dipendenza per le professioni a rischio.</p>	<p>PREVENZIONE</p> <p>Prevedere almeno un programma, in ogni ASL, di prevenzione selettiva e di contenimento dei rischi rivolti ai nuovi consumi giovanili sia nelle scuole che nei contesti del divertimento e di aggregazione</p>
	<p>ASSETTO DEI SERVIZI E DELLA RETE</p> <p>Completamento, a seguito degli indirizzi regionali in ogni ASL delle procedure di istituzione dei Dipartimenti per le dipendenze e della rete dei SERT</p>	<p>ASSETTO DEI SERVIZI E DELLA RETE</p> <p>Attivazione di almeno un modulo operativo di Unità Mobile per azienda</p> <p>Programmazione di servizi pubblici specializzati: promuovere e potenziare la presenza di strutture intermedie territoriali diurne e residenziali per l'erogazione di programmi terapeutici integrati, attraverso l'efficace utilizzo delle risorse vincolate.</p>	<p>ASSETTO DEI SERVIZI E DELLA RETE</p> <p>Completamento della rete dei servizi</p> <p>Valutazione delle performance dei responsabili dei Dipartimenti e dei SERT</p> <p>Valutazione dell'efficacia dei trattamenti offerti dalle comunità terapeutiche sia pubbliche che private</p>

8.6 La Rete dell'assistenza ai malati di AIDS e sieropositivi

I primi riferimenti normativi in materia di AIDS risalgono agli anni 90. Con la legge 135 del 1990 sono disposti interventi urgenti per contrastare la diffusione delle infezioni da HIV mediante le attività di prevenzione e per assicurare idonea assistenza alle persone affette da tali patologie sia presso le strutture ospedaliere che a domicilio.

Con il DPR 219 del 1991 vengono emanati atti di indirizzo e coordinamento alle Regioni ai fine dell'attivazione di servizi per il trattamento domiciliare dei soggetti AIDS nei casi in cui, superata la fase acuta della malattia, sia possibile la dimissione dall'ospedale. E' previsto che il trattamento a domicilio anche presso residenze collettive o case alloggio.

Nel corso degli anni dal 1992 al 2003 sono state emanate norme che definiscono la situazione di incompatibilità con lo stato detentivo per le persone con infezione da HIV (Legge .276 del 1992) e norme che disciplinano la condizione dello straniero in Italia anche in materia sanitaria (Legge 40 del 1998).

Il Progetto Obiettivo AIDS 1998 2000 (DPR 174/2000) definisce obiettivi e strategie che riguardano diversi ambiti: prevenzione ed assistenza, ma anche volontariato, ricerca, profilassi e tutela dei diritti delle persone sieropositive.

Il DPCM del 28/11/2003, che modifica il DPCM del 29 novembre 2001, definisce i livelli essenziali di assistenza per i soggetti con infezione da HIV.

Infine Il Piano Sanitario nazionale 2003-2005, recepisce l'obiettivo definito dall'OMS nel 1999, secondo cui ciascuno Stato dovrebbe attuare, entro l'anno 2015, una riduzione dell'incidenza della mortalità e delle conseguenze negative dell'infezione da Hiv e delle altre malattie a trasmissione sessuale".

La situazione attuale

Al 31 Dicembre 2009, secondo i dati forniti dal Centro Operativo AntiAids (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità., in Italia dal 1982, data di inizio dell'epidemia, il totale dei soggetti colpiti dall' AIDS ammontava a circa 62.000 di cui 39.500 deceduti. La percentuale di donne era pari al 27%.

Negli anni si è potuto osservare come il trend epidemiologico sia notevolmente mutato: nel 1988 l'uso iniettivo di droga TD rappresentava il 60% della via di trasmissione dell'HIV e la trasmissione omo/eterosessuale rappresentava il 20%, oggi la trasmissione omo/eterosessuale rappresenta il 70% circa delle nuove infezioni. E importante rilevare inoltre che la percentuale di stranieri con infezione da HIV è passata dal 5% del 1986 al 24% del 2009.

I nuovi casi di AIDS in Italia ammontano a circa 1.200 all' anno .

Attualmente il sistema di sorveglianza regionale registra solo i casi AIDS e non le infezioni. L'estensione del sistema di sorveglianza, peraltro prevista dal decreto del Ministero della Salute del marzo 2008 e già operante in altre Regioni, dovrà essere realizzata anche presso la Regione Campania.

Le nuove infezioni da HIV nell'anno 2008 sono state circa 4000 con netta prevalenza epidemiologica della trasmissione omo/etero.

Nel 2009 in Italia ogni giorno 10 persone si sono infettate con in virus HIV e tra queste il 36% sono donne ed il 23% sono stranieri.

In Campania al 31/12/2009 i casi di AIDS diagnosticati ammontavano a 2.303 di cui circa 1.800 nella sola provincia di Napoli. Anche in Campania il trend epidemiologico segue quello nazionale.

Alla luce di quanto oggi avviene nelle Regioni con sistema di monitoraggio delle "nuove infezioni" si può stimare che in Campania i soggetti allo stato con infezione da HIV/AIDS sia di circa 2500 e che l'incidenza di nuovi casi di infezione vari dal 2,4 al 9,5 anno per 100.000 abitanti. Pertanto in base a

queste stime possiamo ritenere che ogni anno in Campania si verifichino fra le 140 e le 450 nuove infezioni.

Attualmente, presso l'Ospedale Cotugno, dove affluisce la maggior parte dei casi, vengono seguiti circa 1.900 pazienti di cui il 70% sono maschi. La quota di stranieri è pari al 20%. Complessivamente in Regione Campania la distribuzione dei casi segnalati dall'inizio dell'epidemia fino all'anno 2009 per provincia di segnalazione e di residenza è la seguente:

Tabella 1: Distribuzione dei casi di AIDS dall'inizio dell'epidemia, per provincia di segnalazione e di residenza e tasso di incidenza (casi notificati nel 2009) per provincia di residenza Dati riportati sul supplemento n. 1 – 2010 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Avellino	38	60	0,2
Benevento	21	45	0,7
Caserta	105	308	1,7
Napoli	1.918	1.617	1,1
Salerno	206	273	0,3

Per quanto riguarda il trattamento, le più recenti Linee Guide Italiane a cui riferirsi per la gestione diagnostico clinica delle persone con infezione da HIV e per l'utilizzo dei farmaci antiretrovirali, sono state emanate nel Luglio 2010. Il trattamento suggerito riguarda sia pazienti "naive" sia pazienti che hanno mostrato nel corso della terapia fallimento virologico. Trattandosi di terapia quod vitam i costi sono notevoli. La terapia precoce in ogni caso, non solo migliora la qualità di vita del paziente, ma riduce il ricorso all'ospedalizzazione ed evita anche complicanze di altra natura riducendo complessivamente i costi di gestione.

Le azioni strategiche

L'aumentata sopravvivenza dei pazienti HIV/AIDS, grazie alla terapia HAART, e la quindi necessità di un management tipico delle malattie croniche, le continue necessità di monitoraggio clinico e biumorale ed il costo elevato dei ricoveri rendono il modello dell'assistenza ospedaliera integrata con quella a domicilio uno strumento importante ed insostituibile per la gestione di tali pazienti. La Campania in accordo con gli orientamenti del Ministero della Salute, punta su tale tipo di assistenza ed ha avviato una serie di azioni volte a promuovere, sostenere ed implementare la rete territoriale e di assistenza ai soggetti affetti da HIV, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare e all'assistenza residenziale erogata presso le case alloggio.

Non trascurabile è l'azione delle associazioni di volontariato e degli operatori sanitari del territorio purchè in possesso degli indispensabili requisiti di esperienza e idoneità professionale come previsto dal Dpr del 14/09/1991.

Considerata l'esperienza maturata nel campo e tenendo conto del fatto che l'assistenza ai malati di AIDS necessita di strategie complessive di accompagnamento, la Regione Campania intende definire azioni strategiche volte a superare le difficoltà e le criticità connesse allo sviluppo di una rete assistenziale che coinvolga le strutture ospedaliere (il cui cardine è individuabile nell'Ospedale Cotugno) e i servizi territoriali delle aziende sanitarie locali. La realizzazione ed il buon funzionamento della rete è indispensabile per garantire adeguata assistenza.

In Regione Campania sono al momento presenti due Case Alloggio per complessivi 20 posti letto. L'invio di pazienti fuori regione è progressivamente diminuito nel tempo ma comunque presente.

La definizione del piano regionale triennale

La Regione si impegna in via prioritaria ad adottare un piano regionale triennale che tenga conto della necessità di:

A. Potenziare le attività di sorveglianza e controllo con l'attivazione del sistema di sorveglianza dei nuovi infetti come da decreto del Ministero della salute del Marzo 2008 e quindi:

- Implementare le attività di sensibilizzazione sempre più all'accesso al test per HIV.
- Attivare le agenzie educative scuole e organizzazioni no profit.
- Studiare le caratteristiche socio-demografiche epidemiologiche e cliniche dei soggetti infettati di recente, alla luce del nuovo trend epidemiologico riguardante omo-eterosessuali.

B. Potenziare la rete assistenziale nelle sue articolazioni ospedaliere con particolare riguardo all'Azienda Cotugno che eroga assistenza a circa il 75% complessivo dei malati.

C. Introdurre forme di sostegno e promozione del volontariato.

D. Curare l' Aggiornamento e la formazione del personale.

Dal punto di vista operativo il piano dovrà prevedere:

- Sistemi di monitoraggio dell'epidemia ad oggi.
- Accesso facilitato alle terapie soprattutto per le così dette categorie deboli (donne, extracomunitari etc).
- Accesso facilitato al test.
- Politiche di divulgazione e conoscenza al fine di raggiungere un livello di consapevolezza del rischio HIV non inferiore al 90% .
- Tutela dei diritti delle persone sieropositive e inserimento lavorativo attraverso programmi condivisi con il sistema di protezione sociale.
- Istituzione di una consulta regionale con lo scopo di promuovere monitorare aggiornare implementare idonee politiche in merito alla diagnosi tempestiva dell'HIV partendo dall'importante lavoro svolto su questa tematica dall'ultima commissione nazionale AIDS e dalla consulta del volontariato.
- Politica di contrasto allo stigma e alle discriminazione delle persone con HIV.
- Implementazione PL case alloggio / residenze alternative e centri diurni.
- Mantenimento standard attuale assistenza domiciliare, potenziamento delle strutture già esistenti per la diagnosi pura, monitoraggio e follow up delle persone sieropositive.
- Potenziamento ed implementazioni degli interventi per utenza pediatrica.

E dovrà inoltre affrontare i seguenti problemi urgenti:

- Prevenzione, diagnosi e cura/assistenza sanitaria nelle carceri come da decreto della presidenza del consiglio dei Ministri del 1 Aprile 2008 che sancisce il passaggio della funzione sanitaria in tutti gli istituti penitenziari dal ministero della giustizia al ministero della salute.
- Educazione sessuale delle giovani generazioni basate sulle evidenze scientifiche mirata anche alla prevenzione dell'infezione da HIV e di tutte le malattie sessualmente trasmesse, al pari di molti paesi europei.
- Istituzione di un sistema di sorveglianza dei comportamenti che consentirebbe ad esempio di programmare interventi di prevenzione specifici e mirati per gruppi di popolazione.
- Raccordo con le Associazioni di volontariato.

Obiettivi da raggiungere nel triennio

Gli obiettivi da realizzare nel triennio di validità del presente PSR sono riportati nella tabella che segue:

	1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
Obiettivi Regionali	Definizione piano regionale triennale per le AA.SS.LL., e AA.OO.	Monitoraggio azioni del Piano ed eventuali rimodulazioni in itinere.	Valutazione dell'efficacia della nuova organizzazione aziendale . Monitoraggio azioni attivate con la Consulta regionale.
	Attivazione consulta regionale delle Associazioni	Avvio programmi formativi	Monitoraggio progetti attivati in collaborazione con il sistema sociale.
	Programma percorsi formativi		Conclusione e verifica programmi formativi
Obiettivi Aziendali	Predisposizione protocolli operativi di dimissione ospedale territorio.	Monitoraggio e valutazione dei programmi aziendali di assistenza domiciliare e in case alloggio.	Verifica performance responsabili cure domiciliari e qualità dei progetti.
	Aumento del numero di progetti per assistenza domiciliare.	Numero protocolli dimissioni protette ospedale territorio attivati e loro valutazione.	Valutazione progetti personalizzati attivati in collaborazione con il sistema sociale.
	Aumento del numero di progetti personalizzati in case alloggio.	Partecipazione programmi formativi	

9. LE TEMATICHE DI SISTEMA

9.1 L'accreditamento istituzionale in Regione Campania

L'accreditamento istituzionale ha come obiettivo la regolazione dell'ingresso nel mercato sanitario dei soggetti che intendono erogare prestazioni per conto del S.S.N., attraverso un processo permanente di promozione e miglioramento della qualità dei servizi sanitari e socio sanitari, ed è disciplinato dagli artt. da 8 bis ad 8 quinquies e dall'art. 8 octies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Tale istituto, rappresenta una indispensabile garanzia sulla qualità della prestazione sanitaria resa dai soggetti accreditati ai cittadini, ed è uno strumento necessario per la verifica dello standard qualitativo delle prestazioni assistenziali erogate.

L'individuazione e la gestione dell'intero percorso di accreditamento è stata attribuita dalla legge alla competenza dell'Ente Regione che ha il compito di determinare sia i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali richiesti per il rilascio della autorizzazione, sia gli standards che le strutture devono possedere per accedere all'accreditamento istituzionale.

Lo Stato dell'arte

In applicazione delle disposizioni contenute nelle norme precedentemente citate, la Regione Campania ha dapprima, con la DGRC n. 3958/2001 e s.m.i., disciplinato le procedure per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., stabilendo i requisiti minimi, generali e specifici che queste devono possedere per il rilascio dell'autorizzazione.

Successivamente, con il Regolamento n. 3 del 31.7.2006 (pubblicato sul BURC n. 41 del 5.9.2006), ha definito i requisiti ulteriori e le procedure per (l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 9 della Legge Regionale n. 28 del 24.12.2003 che incaricava la Giunta a provvedere con priorità per tali settori.

Infine, il Consiglio Regionale della Campania ha completato la disciplina sull'accreditamento istituzionale approvando il Regolamento n. 1 del 22.06.2007 (pubblicato sul BURC n. 38 del 4.7.2007), recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure dell'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, assistenza in regime di ricovero ed assistenza in regime residenziale.

Con Delibera n. 608 del 11.04.2008, pubblicata sul BURC n. 18 del 5.5.2008, validata ed approvata dai Ministeri vigilanti, la Giunta Regionale ha approvato l'atto di ricognizione ai sensi dell'art. 8 quater, comma 1, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., e dell'art. 3 del regolamento n. 3/2006, relative al fabbisogno programmatico delle strutture di dialisi e riabilitazione ambulatoriale utile alla verifica di compatibilità dei soggetti privati richiedenti l'accreditamento istituzionale.

Pertanto, l'Assessorato alla Sanità, all'esito positivo delle procedure di verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno regionale e del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale, effettuato nel rigoroso rispetto dell'ordine cronologico di presentazione delle istanze, ha provveduto all'accreditamento istituzionale di n. 16 strutture operanti sul territorio regionale campano, di cui n. 7 per la dialisi ambulatoriale e n. 9 per la riabilitazione ambulatoriale.

Con la Legge n. 16 del 28.11.2008, il Legislatore Regionale ha inteso adottare una serie di misure straordinarie di razionalizzazione e di riqualificazione del S.S.R. tra cui anche quella di delega alle Aziende Sanitarie Locali delle competenze in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie, prevedendo all'art. 8:

1. *Al fine di accelerare le procedure di accreditamento disciplinate dal Regolamento n. 3 del 31 Luglio 2006 recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento*

istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale e n. 1 del 22.06.2007 recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale, e di semplificare i relativi procedimenti amministrativi, sono delegate alle Aziende sanitarie locali le competenze e le funzioni in ordine alla ricezione delle istanze di accreditamento dei soggetti interessati, alla verifica della funzionalità delle strutture richiedenti rispetto alla programmazione regionale, all'accertamento del possesso dei requisiti ulteriori e agli adempimenti connessi e conseguenti, ivi compreso rilascio dell'attestato di accreditamento istituzionale da parte del Direttore Generale. A tal fine le Commissioni competenti sono costituite con /o stesso personale con cui le Aziende Sanitarie Locali hanno provveduto alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie, ai sensi della Delibera di Giunta n. 7301 del 31 dicembre 2001, per il complesso delle attività relative al rilascio delle autorizzazioni.

2. *Le Commissioni di cui al comma 1 sono integrate da almeno un valutatore scelto esclusivamente tra quelli già operativi nominati con specifico provvedimento per la fase di prime avvio e tra coloro che hanno superato la prima edizione del corso semestrale di formazione previsto della Delibera di Giunta Regionale n. 1489 del 22 settembre 2006. Nell'ambito delle procedure di verifica disciplinate dal regolamento n. 1/2007 è data priorità all'accreditamento istituzionale dei Centri di Riabilitazione di cui all'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che intendono riconvertire le loro attività in residenze assistenziali sanitarie per disabili o in centri diurni integrati per disabili, delle Case di Cura e delle residenze assistenziali sanitarie nel rispetto dell'ordine cronologico di acquisizione al protocollo regionale delle relative istanze entro, e non oltre, il 30 Giugno 2009.*
3. *L'Assessorato alla Sanità provvede a trasferire alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio le istanze di accreditamento istituzionale non ancora definite e giacenti presso gli uffici regionali.*
4. *Nelle more dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali possono, previa evidenza pubblica, sottoscrivere contratti per le attività salvavita di radioterapia."*

In ottemperanza alla delega di funzioni operata dal citato art. 8, e delle competenze assunte in materia dalle Aziende Sanitarie Locali, gli Uffici dell'Assessorato alla Sanità hanno provveduto a trasferire i fascicoli contenenti le istanze di accreditamento istituzionale giacenti e non ancora definite, unitamente alla documentazione ad esse allegata.

Successivamente, con Delibera del Consiglio dei Ministri del 24/7/2009 il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad Acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, con l'incarico di dare attuazione al Piano di Rientro dai Disavanzi attraverso la realizzazione, in via prioritaria, degli interventi espressamente individuati dal Governo tra cui quelli relativi alle procedure di accreditamento istituzionale così come stabiliti al punto n. 18, lett. C) che ha previsto *"di incaricare il Commissario di sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del Piano di Riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale...."*

Pertanto, al fine di procedere alla realizzazione degli interventi indicati dal Governo per garantire la piena ed efficace attuazione del vigente Piano di Rientro dai Disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Campano, così come disposto nella citata Delibera del Consiglio dei Ministri, il Commissario ad Acta con successivi decreti n. 21 del 30.12.2009 e n. 5 del 4 febbraio 2010 ha disposto l'esecuzione di quanto previsto al punto n. 18, lettera C) precedentemente menzionato, sospendendo (ad esclusione che per le attività di assistenza specialistica di emodialisi in regime ambulatoriale) il cui accreditamento istituzionale è stato completato, presso le Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti le procedure per l'accreditamento e per l'autorizzazione alla realizzazione di tutte le strutture sanitarie private fino alle determinazioni assunte in conseguenza dell'adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale.

La delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 che ha nominato Commissario ad acta il nuovo Presidente della Giunta Regionale della Campania ha ribadito, al punto 4) il vincolo per il Commissario, di sospendere le procedure in tema di autorizzazione alla realizzazione fino alla avvenuta adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera della rete laboratoristica, della rete di assistenza specialistica, tranne quelle necessarie per il piano di rientro.

Con il decreto n. 49 del 27.09.2010, definitivamente, approvato dai Ministeri competenti, il Commissario ad acta ha provveduto al riassetto della rete ospedaliera e territoriale fissando, tra l'altro, il fabbisogno di posti letto pubblici e privati per single province e definendo, altresì, il fabbisogno di posti per tutte le attività che richiedono assistenza di tipo residenziale (RSA – SIR – Hospice – Tossicodipendenze, ecc.) rivalutati anche alla luce delle programmate dismissioni degli ospedali pubblici.

La revisione del sistema regionale di Accreditamento

Si legge nel documento di Piano Sanitario Nazionale, recentemente approvato dalla Conferenza delle Regioni, che l'evoluzione dell'accreditamento, seppure con rilevanti differenziazioni tra le Regioni, è stata caratterizzata da ritardi, difficoltà di attuazione e disomogeneo sviluppo sul territorio regionale. L'obiettivo su tale argomento è quello di garantire l'effettiva applicazione del sistema sia nelle strutture pubbliche che in quelle private: il sistema richiede un nuovo punto di equilibrio tra le esigenze di semplificazione e quelle di mantenimento delle garanzie di sicurezza e qualità.

In particolare l'accreditamento istituzionale dovrebbe essere rivisto in una logica di forte semplificazione, riduzione degli aspetti più formali, compressione del tentativo di applicare logiche da "burocrazia meccanica" in un contesto improprio, dove potrebbero produrre danni (elevati costi di adeguamento, impegno sugli aspetti formali, ecc.) con scarsi benefici in termini di qualità reale e sui servizi all'utenza. "E' necessario" si afferma nel documento "che gli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio, dell'accreditamento e dell'accordo contrattuale costituiscano nella prassi, un'articolata sequenza, strettamente collegata e congruente di livelli progressivi di garanzia della qualità delle prestazioni sanitarie".

In realtà, il complesso delle norme regionali che hanno disciplinato tali istituti descritte nel paragrafo precedente rispondono già, in buona parte, ai principi enunciati nel documento di Piano Sanitario Nazionale, soprattutto per gli aspetti relativi alla coerenza ed alla unitarietà tra i diversi segmenti che compongono l'intero percorso ed al principale obiettivo, al quale è ispirata l'intera normativa, di attivare un processo permanente di promozione e miglioramento dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Infatti, sia il complesso dei requisiti minimi autorizzativi che quelli, ulteriori, di accreditamento individuati dalle norme regionali rispondono a finalità, tutt'ora da condividere pienamente, quali quelli di "tutelare e promuovere efficacia, efficienza ed appropriatezza delle attività e delle prestazioni", " dare priorità ad elementi che hanno impatto sulla salute", "garantirne l'effettiva chiarezza e verificabilità".

Ciò nonostante, lo stato di commissariamento della Regione Campania, l'introduzione di rilevanti provvedimenti del Commissario ad acta, di forte impatto strutturale sull'organizzazione del servizio sanitario e rivolti al rispetto dei vincoli verso il Governo rende indispensabile adeguare le normative regionali vigenti in tema di accreditamento al nuovo contesto.

Pertanto il Piano Sanitario Regionale fissa i seguenti principi e criteri sulla base dei quali si dovrà provvedere a tale revisione:

- restituire alla Regione il governo del processo che con l'art. 8 della legge regionale 28.11.2008 n. 16 era stato interamente delegato alle Aziende Sanitarie Locali;
- semplificare l'iter di valutazione dei requisiti per indurre una forte accelerazione, senza, tuttavia, comprometterne le garanzie di sicurezza e qualità;
- prevedere percorsi specifici di accreditamento per accompagnare ed agevolare la programmata riconversione di alcune strutture private (case di cura, centri di riabilitazione) che rappresenta un obiettivo strategico del SSR e nel contempo, un vincolo derivante dalla riorganizzazione della

rete ospedaliera e territoriale della Campania;

- tener conto delle pronunce della giustizia amministrativa, per evitare che il contenzioso sia di ostacolo all'attuazione del processo;
- introdurre nuovi elementi nella lista dei requisiti di accreditamento che tengono anche conto delle risultanze del documento di lavoro 2010 a cura del Ministero della Salute ed AGENAS.

L'attuazione dei principi e dei criteri esposti dovrà essere perseguita con una serie di azioni che, da un lato, siano in grado di migliorare e ulteriormente qualificare il sistema e, dall'altro di dare un effettivo impulso al processo.

E' pertanto ipotizzabile che:

- entro 60 giorni dalla data del provvedimento commissariale che adotta il Piano sanitario regionale, fatte salve le eventuali osservazioni degli organi competenti alla verifica, venga revisionata la normativa regionale vigente, sulla scorta dei criteri di cui innanzi;
- entro il 31.12.2011, fatte salve le eventuali osservazioni degli organi ministeriali competenti alla verifica, si concluda il percorso di accreditamento istituzionale dei soggetti privati di cui è programmata la riconversione delle attuali attività in esercizio in quanto tale adempimento, come innanzi detto, non solo rappresenta un vincolo derivante dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Campania, ma costituisce anche un obiettivo strategico prioritario del SSR;
- entro il 31.12.2012, fatte salve le eventuali osservazioni degli organi ministeriali competenti alla verifica, si concluda il processo di accreditamento istituzionale delle strutture private di ricovero e di quelle riabilitative (ambulatoriali residenziali e semiresidenziali);
- entro il 31.12.2013 si completi il processo di accreditamento istituzionale di tutti i soggetti privati.

9.2 Clinical governance e sicurezza delle cure

In questi ultimi anni, a partire dal D.lgs 229/99 ed ultimo il PSN, la pianificazione e la programmazione nazionale e regionale, hanno posto grande interesse su aspetti riguardanti l'efficacia clinica delle prestazioni e l'appropriatezza delle stesse, in un'ottica di costante sviluppo della qualità e della sicurezza dell'assistenza, definendo obiettivi per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute dei cittadini e le relative azioni da mettere in atto.

Ciò ha determinato lo sviluppo di una costante attenzione a come vengono realmente assistiti i pazienti definita, nel mondo anglosassone, "*Clinical governance*" cioè contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazione creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica; il governo clinico, sinteticamente, ha l'obiettivo di muovere le azioni del sistema dei servizi al fine di rendere le prestazioni appropriate, accessibili, rilevanti per il cittadino-utente, con il miglior rapporto costo-efficacia, magari con obiettivi più limitati, rispetto ad eccellenze difficilmente raggiungibili da un Servizio Sanitario Nazionale complesso e differenziato per cultura e sviluppo.

Si possono così, in maniera schematica, distinguere due punti essenziali per qualunque valutazione sulla qualità delle cure: il momento dell'accesso alla prestazione ed il momento in cui si ha l'esito della prestazione stessa. Non c'è buon governo clinico se i cittadini-utenti vivono discriminazioni sulle prestazioni (in termini di accesso o di appropriatezza) oppure se gli esiti delle stesse sono negativi per la salute dei singoli (non sono dunque rilevanti).

Nell'ambito dei temi riconducibili al governo clinico si è sviluppata nel tempo una particolare attenzione alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico del rischio, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori con conseguente miglioramento qualitativo complessivo sia della sicurezza che dell'appropriatezza assistenziale agendo sia sul versante organizzativo che su quello culturale, inteso come gestione della conoscenza per l'assunzione di decisioni cliniche al fine di orientarle verso una maggiore efficacia e appropriatezza, e facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori attraverso una corretta gestione della sicurezza del paziente ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti amministratori e cittadini.

Pertanto, promuovere la sicurezza dei pazienti, secondo quanto stabilito con l'Accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008 in tema di gestione del rischio clinico, ed i programmi per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari rappresenta un investimento necessario per il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza prestata ai cittadini e per garantire, nel prossimo futuro, la sostenibilità del sistema.

Uno degli strumenti fondamentali per perseguire tale scopo è il Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità (SIMES).

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) rappresenta lo strumento di riferimento a supporto del governo del SSN e la fonte informativa, condivisa a livello nazionale, per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea).

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) costituisce la base dati di riferimento a disposizione del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze per svolgere le rispettive funzioni supportando, da un lato, la programmazione tecnico-sanitaria di rilievo nazionale, l'indirizzo, il coordinamento ed il monitoraggio della qualità delle attività tecniche sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni e, dall'altro, il coordinamento e la verifica della spesa sanitaria.

La Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 20 marzo 2008, ha raggiunto l'Intesa sulla promozione del monitoraggio degli eventi sentinella, mediante sistematica trasmissione al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), attraverso uno specifico flusso, demandando al Ministero della Salute l'attivazione dell'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella a cui affluiscono i relativi dati e che l'Agenzia Nazionale per Servizi Sanitari Regionali, svolga funzioni di Osservatorio nazionale per la denuncia dei sinistri e le Polizze Assicuratrici.

La funzione di monitoraggio dei sinistri, che a regime si avvarrà dei dati raccolti e trasmessi da tutte le regioni tramite il SIMES, si propone di contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure tramite la raccolta e la elaborazione delle informazioni che consentano l'evidenziazione di aree (geografiche e specialità mediche) di intervento prioritario in base al tasso di sinistrosità rilevato (n. sinistri aperti per n. ricoveri ospedalieri). Il monitoraggio permetterà inoltre la valorizzazione economica della sinistrosità tramite la rilevazione dei risarcimenti totali rilevati e riservati annualmente e quindi del costo medio dei sinistri. Manca, infatti, la disponibilità di dati qualitativi e quantitativi non basati su stime e fondati su basi empiriche sia nella figura di costo totale degli eventi avversi/sinistri sia disaggregato a livello di costo delle principali tipologie di evento avverso; in particolare, si evidenzia che esistono a livello nazionale soltanto delle stime elaborate dalle compagnie assicuratrici. Partendo dal trend di incremento dei costi assicurativi sostenuti dalle aziende l'Osservatorio, una volta a regime, consentirà la determinazione del rapporto premio assicurativo /numero dei sinistri ossia la valutazione dell'adeguatezza della polizza assicurativa rispetto della sinistrosità dell'assicurato. Una volta regime l'elaborazione dei dati raccolti dall'Osservatorio sui sinistri consentirà l'evidenziazione del rapporto tra n. sinistri aperti e risarcimenti effettivamente liquidati e quindi rilevare il rapporto tra le azioni di rivalsa intentate nei confronti delle aziende sanitarie e gli esiti effettivi di essi finalizzato ad inquadrare meglio, nella sua giusta prospettiva, il fenomeno del rischio clinico e degli errori medici che la visione corrente in tempi recenti potrebbe avere falsato.

La gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure

La sicurezza dei pazienti è una delle fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Il principale obiettivo è la prevenzione degli eventi avversi, ovvero gli eventi inattesi, non intenzionali correlati al processo assistenziale e che comportano un danno ai pazienti.

Gli Eventi Sentinella e la rilevazione e il monitoraggio della sinistrosità

Sono definiti Eventi Sentinella quegli "Eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario".

La sorveglianza degli eventi sentinella, già attuata in altri Paesi, costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti.

Per questa ragione il Ministero della Salute ha elaborato, con il supporto tecnico del "Gruppo di lavoro valutazione degli approcci metodologici in tema di rischio clinico", il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, con l'obiettivo di fornire alle Regioni e alle Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Il monitoraggio degli eventi sentinella comprende, oltre alla raccolta ed all'analisi delle informazioni - mantenendo le caratteristiche di confidenzialità ed anonimato nei confronti di strutture sanitarie e professionisti - anche la produzione e la successiva implementazione delle Raccomandazioni specifiche per prevenire o minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi, nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti.

L'avvio di un sistema nazionale di monitoraggio favorirà e stimolerà le Regione e le Aziende ad implementare sistemi di rilevazione e di gestione dei tali dati perché conoscendo l'andamento della propria sinistrosità potranno spuntare contratti più vantaggiosi con le imprese assicurative e potranno mettere in atto le più opportune strategie di prevenzione e di gestione del rischio.

Gli strumenti della gestione del rischio clinico

A) La Root Cause Analysis (RCA)

E' una tecnica di indagine su eventi di interesse, in particolare incidenti, che esamina quanto accaduto alla ricerca del perché è accaduto.

Rispetto alle indagini di tipo tradizionale quindi, l'obiettivo è focalizzato non tanto sulla ricerca delle responsabilità (chi è stato), quanto sulla identificazione di azioni di miglioramento (affinché ciò che è successo non riaccada).

La RCA trova le sue basi nell'approccio metodologico promosso da James Reason, che presenta l'incidente come l'evento finale non voluto di un percorso che parte da condizioni latenti ed errori latenti, si sviluppa in azioni non sicure, errori umani e violazioni, che attraversano le barriere appositamente create per evitare l'incidente, e danno l'evento avverso indesiderato.

La metodologia RCA prevede l'utilizzo congiunto e coordinato rispetto a questo fine degli strumenti generalmente chiamati di problem solving e di griglie di classificazione e analisi opportunamente costruite alla ricerca della causa radice responsabile dell'evento indesiderato.

Pertanto la root cause analysis (RCA) ha come obiettivo principale di arrivare a comprendere in modo approfondito che cosa è successo, perché è successo e che cosa si può e deve fare per evitare che si

ripeta l'evento avverso cioè di individuare la causa più profonda che può essere ragionevolmente identificata ed è in potere del management controllare.

Il management aziendale, quindi, deve mettere in evidenza le possibili azioni di intervento.

Va sottolineato che il termine causa ha un'accezione in ambito giuridico che può confondere ad un primo approccio, poiché tende ad assimilare la ricerca della responsabilità individuale al nesso causale tra gli eventi. Nell'analisi di un processo, viceversa, il fattore causale è ciò che, anche in concomitanza con altri fattori causali, porta a un esito inatteso del processo stesso.

L'utilizzo della tecnica RCA permette la ricerca di più cause per appropriate azioni preventive e migliorative ma, essendo il processo di identificazione complesso e impegnativo anche dal punto di vista delle risorse, bisogna valutare con attenzione, nell'ambito di potere del management, se è ragionevole fermarsi ad indagare.

B) Audit clinico

Negli ultimi anni trova diffusione crescente la pratica dell'Audit clinico, soprattutto in Gran Bretagna, su temi strettamente professionali (non organizzativi), confrontandosi con livelli di qualità tecnica stabiliti a priori "Ciclo della Qualità"

L'audit clinico può essere definito come: *"una iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza attraverso una revisione tra pari, strutturata, per mezzo della quale i professionisti esaminano la propria attività e i propri risultati a confronto con standard concordati e la modificano se necessario"*.

L'audit clinico fornisce quindi un metodo per riflettere in maniera sistematica sulla pratica professionale e per rivederla.

Per essere efficace l'audit clinico deve possedere alcuni requisiti imprescindibili: in primo luogo deve trattarsi di un'iniziativa a carattere professionale, basata su di una competenza clinico-assistenziale specifica dei partecipanti ed avente come oggetto un ambito fortemente legato alla qualità professionale. Particolarmente importante è la possibilità di accedere ad adeguata documentazione clinica, la verifica della buona pratica corrente rispetto a standard noti, la confidenzialità dei risultati emersi.

Il processo dell'audit clinico è costituito da cinque passaggi chiave, gerarchicamente subordinati:

- identificare l'ambito e lo scopo dell'audit clinico,
- definire criteri, indicatori e standard,
- osservare la pratica e raccogliere i dati,
- confrontare i risultati con gli standard,
- realizzare il cambiamento.

L'intrinseca caratteristica di sistematicità del processo dell'audit clinico impedisce il suo utilizzo per la discussione di singoli casi clinici. Può, altresì, essere utilizzato per casi *particolari* che hanno comportato eventi avversi o esiti inaspettati, casi 'interessanti' o 'insoliti'. In questo tipo di peer review vengono discussi singoli casi per stabilire, *a posteriori*, se sia stata erogata la miglior assistenza possibile. Nel contesto dell'audit clinico la peer review deve necessariamente assumere un carattere strutturato ed attuare il confronto rispetto a standard condivisi suffragati da solide evidenze scientifiche. Alcune attività da eseguire in un audit clinico sono uguali a quelle di una ricerca clinica: è basata su ipotesi da dimostrare, può arrecare disagio al paziente ed utilizzare innovativi trattamenti diagnostico-terapeutici; il suo scopo è quello di individuare una "best practice". Entrambi questi aspetti hanno come punto in comune la raccolta e l'analisi dei dati, quale strumento imprescindibile.

C) Le raccomandazioni ministeriali

L'analisi degli eventi sentinella e le prime esperienze regionali nel campo hanno evidenziato l'esigenza di attivare programmi di implementazione di raccomandazioni e procedure specifiche per prevenire gli errori, attivando strategie innovative che influenzino e realmente modifichino il comportamento clinico assistenziali degli operatori sanitari nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti

D) L' Evidence based medicine (EBM), Linee guida e SNLG

La Clinical Governance si pone l'obiettivo di sviluppare la capacità, da parte dei servizi sanitari, di generare informazioni circa l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate. I pazienti si attendono nuove cure ed hanno un "bisogno" continuo di cose nuove anche non sperimentate.

Per fare ciò dispone di una serie di strumenti utilizzabili a più livelli:

- l'Audit Clinico inteso come revisione tra pari, volta a migliorare la qualità clinico-professionale ed ad individuare le best-practice;
- le Linee Guida Cliniche basate sulle evidenze scientifiche (EBM).

L'integrazione tra questi strumenti è un elemento fondamentale per usufruire al massimo delle loro potenzialità. In questo contesto la componente professionale a livello dell'Azienda Sanitaria (medici, infermieri, tecnici) gioca un ruolo primario nello sviluppo degli standard di qualità clinica, che devono essere definiti, mantenuti, monitorati e verificati.

La medicina basata sull'evidenza clinica determina le proprie decisioni, diagnostiche e terapeutiche, sulla valutazione critica dei risultati reperibili dalla letteratura scientifica.

Si fonda sul principio della valutazione dei migliori risultati della ricerca disponibili in quel preciso momento di ricerca scientifica. In pratica ciò significa che ciò che interessa specificatamente la EBM non è semplicemente ciò che deriva da ricerche, bensì prevalentemente da Studi clinici (*Clinical Trials*) controllati e linee-guida di pratica clinica; dati quindi ottenuti mediante una valutazione critica degli studi esistenti.

Al fine di assicurare il trasferimento delle conoscenze nella pratica clinica e promuovere l'efficacia delle cure, lo strumento privilegiato è costituito dalle linee guida cliniche, che richiedono per la loro adozione il più ampio coinvolgimento degli operatori. La strategia prevede l'identificazione delle aree in cui è utile intervenire con la produzione di linee guida, attraverso il Sistema Nazionale Linee Guida, la loro diffusione ed implementazione a livello nazionale.

Per promuovere l'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali nelle strutture del SSR, la Regione, relativamente alle patologie individuate, definisce specifici percorsi correlati alle patologie sulla scorta delle linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale ed assicura la diffusione, l'implementazione ed il monitoraggio delle linee guida adottate per la gestione dei PDT, facendo riferimento a quanto riportato nel Manuale metodologico per produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica.

E' necessario, altresì, implementare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato ad un PDT. In tal senso, il PDT deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso.

E) Promozione dell'efficacia delle prestazioni sanitarie

Per la diffusione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici è necessaria l'attivazione di una strategia sistematica finalizzata ad accrescere le competenze del personale sanitario per ridurre la

variabilità e migliorare l'efficacia e l'efficienza. Va quindi prevista la formazione specifica del personale, ispirata ai principi dell'apprendimento attivo e dell'apprendimento nel luogo di lavoro.

Il coinvolgimento dei pazienti in alcune fasi di produzione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici, ma soprattutto nell'utilizzo degli stessi, è strategico per raggiungere l'obiettivo dell'efficacia.

Devono essere quindi utilizzati metodi e strumenti adeguati per disseminare le linee guida e favorire l'adesione da parte dei pazienti e degli operatori.

Per favorire l'adozione di pratiche cliniche e di tecnologie efficaci, gli operatori devono conoscere e accedere alle informazioni scientifiche. Vanno quindi promosse nelle aziende o fra le aziende cooperazioni per permettere a tutto il sistema di fruire di informazioni che derivano dalla letteratura scientifica, rendendo disponibili banche dati, biblioteche virtuali, strumenti specifici per aree particolari (esempio banche dati farmaci) .

La Regione si impegna ad avviare una campagna di sensibilizzazione e formazione di tutti i soggetti sulla efficacia degli interventi.

Le aziende sanitarie si impegnano ad avviare le seguenti attività:

- formazione degli operatori alle prove di efficacia, alla introduzione di linee guida ed alla produzione ed implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici;
- sensibilizzazione degli operatori per l'utilizzo delle banche dati;
- coinvolgimento dei pazienti con la distribuzione di specifiche versioni delle linee guida.

F) Valutazione comparativa degli esiti

La valutazione comparativa degli esiti tra strutture, assume particolare rilievo in relazione alla potenziale variabilità dei processi di cura, in termini di efficacia ed appropriatezza. La valutazione comparativa dell'outcome può fornire importanti informazioni per il governo del sistema sia dal punto di vista della funzione di tutela/committenza che da quello della produzione.

La Regione si impegna ad attivare ex novo un sistema di valutazione dell'outcome dei servizi erogati nelle aziende individuando alcune discipline prioritarie di intervento nelle seguenti discipline:

- Cardiologia
- Cardiochirurgia
- Chirurgia generale
- Chirurgia ortopedica
- Ginecologia ed ostetricia

Per la progettazione e realizzazione del sistema sarà fondamentale il coinvolgimento del mondo dei professionisti e l'impegno delle aziende sanitarie.

G) La Comunicazione

L'Assessorato della Salute ha avviato una profonda revisione del proprio ruolo e delle proprie linee strategico-programmatiche, che si concretizzano principalmente nel porre il cittadino al centro del sistema sanitario, traslando da un sistema prettamente autoreferenziale a un sistema che mira alla qualificazione dei servizi attraverso l'ascolto partecipativo dei cittadini e degli operatori.

Si pone, pertanto, l'esigenza d'implementare una corretta, completa ed efficace comunicazione dei contenuti, dei vincoli (normativi, finanziari) e delle opportunità del cambiamento, con particolare riferimento alla cittadinanza e all'opinione pubblica, agli operatori e alle strutture, in campo sia pubblico che privato, alle case farmaceutiche, ai fornitori, ai diversi livelli di governo sia sopra che sotto-ordinati ed in generale a tutti gli stakeholder.

La comunicazione sulla salute è un processo estremamente articolato che può essere definito come “il complesso delle strategie di costruzione e diffusione di messaggi che riguardano la salute dei singoli e della collettività”. I campi di applicazione di tale disciplina spaziano quindi dal rapporto diretto fra operatore e paziente all’educazione ed alla organizzazione sanitaria, alla pubblicità ed al marketing su prodotti o servizi offerti delle aziende pubbliche o dalle strutture convenzionate, utilizzando tutti gli strumenti (scritti, parlati, ad immagine e di nuova generazione), sia in forma singola che associata, ivi compresi i mezzi di comunicazione di massa.

Attraverso una corretta e completa comunicazione pubblica si può orientare la domanda, creare il consenso, “rendere conto” alla collettività.

H) Il Consenso informato

Il consenso informato deve essere considerato espressione del rispetto dovuto al paziente, che comporta da parte dello stesso conoscenza, libertà e volontà. Questi elementi possono essere espressi soltanto attraverso un’informazione adeguata ed esauriente possibilmente dopo esaustivo colloquio con il medico.

Gli attori coinvolti

A) Ministero della Salute

Il Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 spinge, nell’ambito delle politiche di governo clinico e della sicurezza dei pazienti, sinteticamente, in tre direzioni: organica pianificazione e rilancio operativo degli interventi di prevenzione, ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie, riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici, in particolare le cure ospedaliere (Governo clinico). Nell’ambito del governo clinico, qualità e sicurezza delle cure il Ministero, inoltre, individua strategie e strumenti per l’attuazione di politiche volte alla qualità e alla sicurezza in ambito sanitario quali:

- Sviluppare un programma nazionale per la promozione del Governo clinico in collaborazione con le Regioni e le Aziende sanitarie
- Promuovere politiche di Clinical Risk Management
- Collaborare con i referenti regionali per l’attuazione di politiche di sicurezza per i pazienti e per la gestione del rischio e per la diffusione delle pratiche migliori
- Avvicinare la visione dei professionisti a quella dei pazienti
- Coinvolgere i pazienti
- Responsabilizzare e valorizzare il personale sanitario rispetto al proprio ruolo e all’organizzazione nella logica del dipartimento
- Promuovere la formazione degli operatori
- Utilizzare un efficiente sistema informativo ed informatico (SIMES)
- Favorire l’integrazione nella continuità della cura
- Utilizzare strumenti per l’informazione e l’educazione

In particolare, il programma Nazionale per la Promozione permanente della Qualità nel Servizio Sanitario Nazionale - PROQUAL è finalizzato a promuovere in modo sistematico e costante la qualità delle prestazioni e dei servizi, al fine di migliorare i livelli di salute ed il soddisfacimento dei bisogni della popolazione, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa.

I principi che hanno ispirato le scelte del Programma sono i seguenti:

- **Equità:** la capacità del sistema di rispondere ai bisogni di gruppi e singole persone, sulla base dei possibili benefici, indipendentemente da fattori quali l’età, l’etnia, il genere, la disabilità, il livello socioeconomico e la scolarità.
- **Efficacia:** si riferisce alla capacità di un intervento di raggiungere l’obiettivo atteso. A tal fine fondamentali sono l’attenzione alle innovazioni e l’adozione di misure basate su prove di efficacia, che richiedono assunzione di responsabilità da parte dei professionisti, delle società

scientifiche e delle organizzazioni sanitarie che, recependo le nuove conoscenze di provata efficacia, dovranno mettere a disposizione standard e .

- **Appropriatezza:** possibilità di erogare le prestazioni necessarie alla singola persona da assistere, nel servizio più adatto, in un arco di tempo ragionevole e secondo criteri di parsimonia. Essa si articola essenzialmente in appropriatezza clinica, o specifica, ed appropriatezza organizzativa. *L'appropriatezza clinica* riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario in condizioni tali che le probabilità di beneficiarne superano i potenziali rischi. In tal senso è strettamente connessa all'efficacia, che si basa sulle prove di "evidenza", le quali consentono di determinare se un intervento, preventivo, diagnostico o terapeutico produce risultati positivi rispetto ad altri, o non ne produce affatto.
- **Sicurezza:** si riferisce alla progettazione ed implementazione di sistemi e processi che minimizzano la possibilità di errore, i rischi potenziali ed i conseguenti possibili danni al paziente.
- **Efficienza:** considera il rapporto tra risorse impiegate ed intervento erogato. Tale principio deve tener conto anche delle modalità di applicazione delle risorse.
- **Responsabilità, onestà e trasparenza:** per assicurare risultati di qualità, alla base del sistema viene assunta come asse centrale la responsabilizzazione di ciascun soggetto in riferimento alle proprie competenze. In particolare, la direzione strategica e la dirigenza delle aziende sanitarie sono responsabili delle scelte e dei risultati del sistema, rispondendo alla comunità degli investimenti e della relativa performance ed orientando le scelte della stessa attraverso una trasparente comunicazione con l'utilizzo di tutti i mezzi disponibili.

B) Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari (AGENAS)

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale ed ha come obiettivo prioritario e qualificante il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del Servizio sanitario nazionale quali: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina; Osservatorio nazionale per la denuncia dei sinistri e le Polizze Assicuratrici. L'Agenzia, inoltre, porta avanti programmi nazionali relativi a: Health Technology Assessment (HTA); Rischio clinico e sicurezza del paziente; Linee guida clinico-organizzative.

C) La Regione Campania

L'individuazione, in tutte le Aziende sanitarie, di un'infrastruttura professionale per la Gestione del Rischio clinico aziendale, Referente-Coordiatore e Team aziendali, ha consentito di avviare, insieme al Ministero della Salute, diverse indagini conoscitive ed ha permesso l'avvio di diverse iniziative regionali finalizzate alla diffusione della cultura della gestione del rischio in sanità e, con il contributo di esperti di altra regione, al "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie".

L'adozione e la diffusione dei metodi e strumenti per la Gestione del Rischio clinico - Incident Reporting (IR), Root Cause Analysis (RCA), Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), Failure Mode Effects and Criticality Analysis (FMECA) - ha reso possibile la partecipazione della Regione al Sistema Informativo nazionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) "Eventi Sentinella" e "Denuncia sinistri", in ottemperanza al DM 11.12.2010 del Ministero della Salute, per conoscere meglio lo specifico fenomeno, per la minimizzazione del rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi, per la produzione a livello nazionale di specifiche raccomandazioni, per le attività di implementazione locale delle Raccomandazioni in area chirurgica nonché per l'approfondimento delle tematiche sui sinistri e polizze assicurative tramite l'Osservatorio polizze e sinistri dell'AGENAS.

L'Attuale Organizzazione Regionale prevede che la competenza della gestione del rischio clinico, afferente al Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi di Emergenza, si avvalga di diverse Strutture di supporto alle attività del Settore, quali l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSan), il Comitato di coordinamento per la Gestione del Rischio clinico (DPGR n. 565/2006), il Gruppo Tecnico Operativo (GTO) e alcuni Gruppi di lavoro tematici. Inoltre al precitato Settore spetta il coordinamento dei Referenti Team Aziendali Rischio clinico, dei Referenti SIMES denuncia sinistri, dei Referenti SIMES Eventi sentinella.

L'Organizzazione Aziendale prevede che vi sia una diretta partecipazione alle attività di gestione del rischio clinico, attraverso un coordinamento funzionale delle Attività clinico/amministrative, da parte sia della Direzione Amministrativa, per gli aspetti legali e assicurativi, sia della Direzione Sanitaria, per gli aspetti clinici, mediante i Referenti e il Team Aziendale Rischio clinico.

Le indicazioni programmatiche per l'avvio nelle Aziende Sanitarie di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati alla gestione del Rischio clinico dettate dalla DGRC n.1688/2005, proposta dal competente Settore Assistenza Ospedaliera, quindi l'istituzione del Comitato di coordinamento per la gestione del Rischio clinico DPGR n. 565/2006, e conseguentemente le iniziative condotte dalla Regione Campania, con il supporto dell'ARSan, in tema di gestione del Rischio clinico, sono servite a costituire una vera e propria rete regionale ed a determinare, seppure in un momento di cambiamento e di transizione particolarmente impegnativo per la Campania derivato dall'ottemperanza del Piano di rientro, una rinnovata attenzione sia sul versante organizzativo che su quello culturale, inteso come gestione della conoscenza per l'assunzione di decisioni cliniche finalizzate ad una maggiore efficacia e appropriatezza e come coinvolgimento del cittadino per il soddisfacimento della sua richiesta di salute. In questo ambito sono stati approvati con DGRC n.1613 del 15.10.2008 e n.1091 del 12.06.2009 i seguenti progetti:

Progetto Regionale per la Valutazione degli Esiti delle Prestazioni Ospedaliere

Le metodologie di Valutazione osservazionale degli Esiti dei trattamenti sanitari hanno raggiunto un sufficiente grado di maturità scientifica e di applicabilità operativa per consentire una loro sistematica introduzione nel SSN attraverso la organizzazione di un organico Programma di Valutazione degli Esiti.

Un Programma per la Valutazione osservazionale degli Esiti dei trattamenti sanitari deve avere le funzioni di:

- valutazione di efficacia operativa (effectiveness) delle tecnologie sanitarie introdotte nel SSN sulla base delle prove scientifiche di efficacia (efficacy) da studi randomizzati controllati;
- valutazione di efficacia di tecnologie sanitarie introdotte nel SSN in assenza di valide prove scientifiche sperimentali di efficacia (vedi art.1 comma 8 DL 229/99) ;
- identificazione, soprattutto ai fini dell'accreditamento, dei fattori di produzione ed organizzativi che modificano l'efficacia dei trattamenti, con particolare riferimento ai volumi di attività delle strutture sanitarie;
- valutazione, anche con il confronto tra soggetti erogatori e aree, della equità nell'accesso alle prestazioni e nell'efficacia delle cure, con particolare riferimento alle condizioni socioeconomiche ed al genere;
- confronto tra soggetti erogatori.

Inoltre, del tutto recentemente, il Settore Assistenza Ospedaliera partecipa al Programma Nazionale Esiti, in corso di attuazione presso l'AGENAS.

Il Progetto Regionale di Gestione del Rischio si propone, a partire dalle esperienze realizzate presso il Settore Assistenza Ospedaliera, di sviluppare ulteriormente l'operatività delle Aziende Sanitarie sui temi della gestione del rischio, e in particolare:

- la creazione di un sistema di rilevazione della sinistrosità;
- la diffusione di raccomandazioni per minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi;

- lo sviluppo di un modello di reportistica aziendale;
- la promozione di programmi aziendali di formazione specifica, con particolare riferimento a temi di Evidence Based Medicine (EBM);
- lo sviluppo di attività aziendali di protocolli diagnostico-terapeutici a partire da documentazione su pratiche di dimostrata efficacia;
- la disponibilità diffusa di strumenti di documentazione scientifica.

La Regione Campania, per attuare le politiche di promozione della qualità, recepisce e persegue gli obiettivi strategici e le azioni previste nel Programma Nazionale per la Promozione permanente della Qualità nel Servizio Sanitario Nazionale (PROQUAL) - punto 4 art.16 Intesa Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano – circa il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, i cui principi sono:

- Centralità dei bisogni dei cittadini,
- Equità,
- Efficacia,
- Appropriatelyzza,
- Sicurezza,
- Efficienza,
- Responsabilità,
- Onestà e trasparenza.

In base agli indirizzi fissati dal suddetto Programma Nazionale la Regione Campania definisce i seguenti obiettivi strategici:

- Promuovere il coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti ed attuare forme costanti e strutturate di valutazione
- Promuovere l' erogazione di prestazioni sanitarie efficaci comprese nei livelli essenziali di assistenza
- Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza
- Promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico
- Migliorare i processi, sviluppare e gestire il sistema dei servizi in forma integrata nella logica della clinical governance.

Le azioni utili per il perseguimento di tali obiettivi sono:

- Aggiornare l'elenco delle strutture dedicate alla gestione del Rischio clinico in seguito al nuovo riassetto organizzativo ospedaliero;
- Partecipare attivamente al Sistema informativo Monitoraggio errori in Sanità (SIMES) Eventi sentinella e sinistri per l'assolvimento degli adempimenti previsti dal DM 11.12.2009 e regolamentare la partecipazione delle Aziende;
- Prevedere un elenco di professionisti per le attività previste in caso di evento sentinella;
- Supportare la metodologia per il governo aziendale dell'andamento del contenzioso e sinistrosità e dei costi assicurativi e approfondire le tematiche che riguardano la Mediazione e la Conciliazione per la riduzione dell'impatto economico dovuto al contenzioso (DL marzo 2010);
- Attivare un sito regionale dedicato per la pubblicazione di documentazione relativa all'attività di implementazione delle raccomandazioni ministeriali.

D) Le Aziende Sanitarie

Tutti i sistemi organizzati presentano condizioni latenti di insicurezza che, in determinate circostanze, favoriscono l'errore umano: le persone coinvolte sono più vittime che artefici dell'incidente.

Per far fronte a tali bisogni occorre che le Aziende Sanitarie campane promuovano la cultura della prevenzione del "rischio clinico" che dovrà costituire uno degli obiettivi da inserire nella scheda di budget delle proprie strutture quale segnale forte, nei confronti sia dei professionisti che dell'utenza, dell'impegno a sviluppare programmi finalizzati a realizzare "ospedali sicuri" mediante una metodologia che, attraverso un approccio sistemico e progettuale del rischio, in pratica attraverso l'identificazione,

analisi, valutazione, comunicazione, eliminazione ed il monitoraggio continuo, esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica fornendo indicazioni per appropriati interventi.

Obiettivi di un programma aziendale sono:

- Definire un sistema di coordinamento aziendale per la gestione del rischio clinico
- Sperimentare modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi, anche finalizzati a ridurre la complessità dei processi organizzativi e produttivi ed ottimizzare la comunicazione
- Promuovere eventi di informazione e formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore
- Monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori e garantire un feedback informativo
- Partecipare e promuovere la segnalazione aperta e trasparente degli Eventi sentinella e dei quasi errori (near miss)
- Elaborare una la mappatura aziendale del rischio e garantire un clima di sicurezza
- Facilitare la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance e migliorare i rapporti con l'utenza;
- Sostenere l'attività professionale degli operatori sanitari e tecnici, capaci di applicare sul campo le azioni migliorative derivanti da una buona gestione del rischio, approfondendo le possibili strategie di incentivazione e gratificazione in termini di crescita professionale
- Governare l'andamento dei costi assicurativi e ridurre le controversie legali, anche attraverso la raccolta di dati relativi alle polizze assicurative ed ai sinistri
- Diffondere all'interno dell'ospedale la conoscenza degli standard e del sistema di valutazione del rischio.

Le azioni utili per il perseguimento di tali obiettivi sono:

- Creare i presupposti per la crescita professionale in tale campo e per il mantenimento all'interno delle Aziende delle esperienze maturate e delle figure professionali appositamente formate.
- Elaborare un documento per la definizione, condivisa, dei compiti e funzioni del Referente, del Facilitatore, del Coordinatore e del Team aziendale del Rischio clinico
- Formare gruppi di lavoro a tema, aziendali e operatori sanitari, con obiettivi a termine
- Programmare e attuare con l'ausilio di un gruppo di lavoro, almeno un'azione di miglioramento all'anno, relativamente ad un problema prioritario di salute, e/o implementare localmente la specifica Raccomandazione ministeriale
- Sviluppare strumenti efficienti per la Gestione della crisi (a seguito di accadimento di grave evento avverso) e pianificare le azioni migliorative
- Facilitare la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance e migliorare i rapporti con l'utenza;

E) I cittadini ed i loro bisogni

La realizzazione concreta del Governo clinico prevede compiti, ruoli ed anche livelli differenziati e definiti ma tenuti insieme da una visione che privilegia l'approccio integrato per garantire ai cittadini i migliori risultati delle cure e l'appropriatezza delle prestazioni

L'“empowerment” è quindi la misura in cui le scelte ed i processi nei servizi sono orientati ai cittadini, come il sistema risponde ai bisogni, come sono coinvolti i cittadini nelle scelte e nei progetti ai vari livelli di gestione del sistema (stato, regioni, aziende sanitarie) per rinforzare il diritto dei cittadini e dei pazienti ad essere al centro del sistema di cure ma anche per concorrere all'efficacia ed all'efficienza delle stesse.

Audit civico

Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere.

9.3 Gli Investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del S.S.R.

La nuova programmazione dei fondi ex art. 20 L. 67/86 ha lo scopo di veicolare l'offerta assistenziale regionale verso gli obiettivi di efficienza e di riequilibrio fissati dal "*Riassetto della rete ospedaliera e territoriale*" di cui al decreto commissariale n. 49 del 27.09.2010, garantendo una risposta adeguata alle istanze di salute, sia in termini di prevenzione che di cura delle diverse patologie e realizzando le sinergie organizzative proprie del nuovo assetto.

Con il citato decreto commissariale è stata riesaminata l'offerta delle strutture ospedaliere esistenti: alcune strutture assistenziali sono oggetto di radicali trasformazioni; per altre è prevista la definitiva cessazione delle attività, così come nasceranno nuovi poli ospedalieri.

La disponibilità, in termini programmatori, delle risorse ex art. 20 della L. 67/88 è, pertanto, destinata in via prioritaria alla realizzazione della nuova architettura sanitaria regionale.

Risorse finanziarie a disposizione

Le risorse a disposizione della Regione Campania per la sottoscrizione del nuovo Accordo di programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/88 (III fase), considerando le risorse attribuite alla Regione dalle diverse delibere CIPE di riparto, compresa la delibera CIPE 98 del 18.12.2008 relativa alle risorse integrative della Finanziaria 2007 (art. 1, comma 796, lettera n), della legge n. 296 del 27 dicembre 2006), la deliberazione CIPE n. 97 del 18 dicembre 2008 delle risorse integrative della Finanziaria 2008 (art. 2, comma 279, della legge n. 244 del 24 dicembre 2007), nonché l'importo di € 143.121.470,72 relativo ai 52 interventi revocati con DM 8/7/2010, ammontano, complessivamente, ad € 1.286.235.254,43. Esse sono destinate in via prioritaria alla realizzazione della nuova architettura sanitaria regionale, come definito dal "*Riassetto della rete ospedaliera e territoriale*" di cui al decreto commissariale n. 49 del 27.09.2010, realizzando le sinergie organizzative proprie del nuovo assetto.

E' ipotizzabile, previo accordo con i Ministeri interessati all'attività di affiancamento, convogliare nella nuova programmazione quella quota di somme stanziata per programmi di investimento specifici non ancora utilizzata. Ci si riferisce a quegli interventi per la libera professione intramuraria (D.Lgs. 254/00), e a quelli per il potenziamento della radioterapia (L.488/99), non programmati, nelle more della definizione del nuovo riassetto della rete ospedaliera e territoriale, o ancora privi di progettazione esecutiva.

Le somme che si potrebbero riprogrammare sono:

- | | |
|---|------------------------|
| - ALPI (D.Lgs. 254/00): quota statale 95% € 44.903.234,70;
5% Regione Campania € 2.363.328,14 per un totale di | € 47.266.562,84 |
| - Radioterapia (L.488/99): quota statale 95% € 1.631.924,33;
5% Regione Campania € 85.890,75 per un totale di | € 1.717.815,08 |

In tal caso, le risorse complessivamente a disposizione della Regione Campania per la predisposizione di un piano triennale per gli investimenti e l'acquisizione di tecnologie e beni mobili ammonterebbero ad € 1.334.926.044,78:

L'individuazione degli investimenti strategici, finalizzati alla realizzazione di interventi di edilizia sanitaria e all'acquisto di attrezzature biomedicali, è stata assegnata, secondo quanto previsto al punto 4. "*Pianificazione attuativa*" del riassetto della rete ospedaliera, alle Direzioni generali e ai Commissari straordinari di tutte le Aziende sanitarie

Interventi prioritari per il Piano Triennale degli Investimenti e l'acquisizione di tecnologie

Tanto premesso, la Regione ha individuato gli interventi di importanza strategica da realizzare; priorità dettate direttamente dal citato *Riassetto della rete ospedaliera e territoriale* di cui al decreto commissariale n. 49 e che rappresentano le fondamenta del processo di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale, su cui concentrare gli investimenti:

- A. il "Nuovo Ospedale della Zona Orientale di Napoli "Ospedale del mare", in cui confluiranno i presidi ospedalieri di Loreto Mare, Incurabili, Ascalesi e San Gennaro. Originariamente l'investimento ammontava ad € 210.403.189,38, di cui € 118.403.189,38 di contributo pubblico e € 91.647.227,62 di contributo privato. Le nuove esigenze discendenti dalla necessità di adeguare la realizzanda struttura ai principi del riassetto della rete ospedaliera, di tenere conto della trasformazione da P.O. a A.O.R.N., nonché da un possibile ridimensionamento dell'apporto privato, rendono necessario una eventuale rimodulazione dello stanziamento;
- B. l'Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università (A.O.I.U.) Ruggi d'Aragona, III livello della rete dell'emergenza di riferimento per tutto l'ambito provinciale. Con la DGRC n. 2103 del 31.2.08, richiamata dal decreto commissariale n. 49/2010 di riassetto della rete ospedaliera, sono stati programmati gli indispensabili adeguamenti e rifunzionalizzazioni della struttura ospedaliera per garantire l'espletamento delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Salerno;
- C. il Presidio ospedaliero unico della Valle del Sele, che sostituirà l'offerta assistenziale dei presidi ospedalieri di Oliveto Citra, Roccadaspide, Eboli e Battipaglia, per i quali è programmata la cessazione delle attività;
- D. l'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale Monaldi Cotugno CTO.
Nell'area collinare del capoluogo di regione sono concentrate, in un territorio di circa 6 km quadrati, ben cinque strutture ospedaliere pubbliche di grandi dimensioni:
- l'Ospedale Cotugno, monospécialista per le malattie infettive;
 - l'Ospedale Monaldi, a prevalente indirizzo pneumo cardiologico;
 - l'Ospedale Cardarelli;
 - l'IRCCS di diritto pubblico Fondazione Pascale per le patologie oncologiche;
 - l'Azienda Ospedaliero Universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli.

Il processo di razionalizzazione proprio del *"Riassetto della rete ospedaliera e territoriale"* di cui al decreto commissariale n. 49 del 27.09.2010, prevede direttamente, quale primo momento attuativo, la scelta di creare un'unica azienda ospedaliera dall'accorpamento del Monaldi, del Cotugno e del CTO. Tale scelta si è materializzata nel decreto commissariale n. 70 del 02.12.2010 in esecuzione del decreto n. 49 del 27.09.1020. E' stata, infatti, costituita la nuova Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale Monaldi Cotugno CTO, con decorrenza dal 01.01.2011. Pertanto si rende necessario adeguare le strutture e le tecnologie dei presidi alle nuove funzioni della neo costituita azienda.

- E. L'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale Santobono Pausilipon.
Il riassetto della rete ospedaliera e territoriale prevede, inoltre, il trasferimento all'Azienda Ospedaliera Santobono Pausilipon delle attività pediatriche e di Pronto Soccorso pediatrico dell'Azienda A. Cardarelli, nonché l'annessione del P.O. SS. Annunziata, per costituire l'A.O. Unica Pediatrica della Regione Campania. Per realizzare l'accorpamento è necessario programmare nuovi investimenti, allo scopo di garantire adeguati standard di sicurezza, e, soprattutto, per la necessaria riorganizzazione e per il rafforzamento di servizi e attrezzature diagnostiche.

F. Il Progetto di farmacia integrata “Aziende ospedaliere della zona collinare Camaldoli - Napoli”.
Il citato processo di razionalizzazione ha poi individuato la necessità di creare le condizioni per garantire la confluenza operativa di alcuni servizi di pertinenza di ciascuna delle citate cinque strutture ospedaliere in un dipartimento interaziendale finalizzato alla gestione integrata delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche che rappresenti l'evoluzione del modello organizzativo già in corso di realizzazione nelle strutture pubbliche per le prestazioni di diagnostica di laboratorio, ai sensi delle deliberazioni della Giunta Regionale n. 1246 del 13/7/2007 e n. 1177 del 11/7/2008.

Le aree interessate al processo sono rappresentate da:

- laboratori di analisi, garantendo per ogni struttura aziendale le emergenze e accentrando i processi legati all'elezione
- servizi di diagnostica per immagini, implementando processi tecnologicamente avanzati di trasferimento delle immagini per la lettura centralizzata;
- servizi di farmacia, concentrando e riqualificando la logistica, la gestione di magazzino e la distribuzione diretta dei farmaci.

G. I Sistemi Informatici Aziendali.

Per realizzare l'ammodernamento dei sistemi informatici aziendali e l'integrazione con il sistema informativo sanitario regionale, si ritiene indispensabile intervenire sui seguenti:

- Sistema contabile;
- Sistema della spesa farmaceutica;
- Sistema della Rete Laboratoristica;
- Sistema della Anagrafiche;

H. il Centro Clinico Penitenziario di Secondigliano

La ristrutturazione del Centro Clinico Penitenziario di Secondigliano si pone nell'ambito delle riforme normative sul *Riordino della medicina penitenziaria* attraverso la sua “inclusione” nel Servizio sanitario nazionale e in quanto disposto della Legge n° 244 del 24/12/2007 (Finanziaria 2008), e con il conseguente decreto di attuazione (DPCM 1 aprile 2008), che ha definitivamente disciplinato *le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria.*

I. Nella nuova programmazione si dovrà tenere conto delle soluzioni che si individueranno in merito alle criticità emerse per la realizzazione di un policlinico universitario, in Caserta, annesso alla Seconda facoltà di Medicina e Chirurgia

Gli ulteriori interventi del Piano Triennale

Nella scelta degli investimenti da realizzare si terrà conto delle proposte contenute nei Piani Attuativi Aziendali, in attuazione del punto 4 del decreto commissariale n. 49/2010 nel rispetto delle priorità fissate dalle citate delibere CIPE n. 97 e 98 del 18.02.2008.

9.4 La Riorganizzazione del Sistema Informativo Sanitario Regionale

“Il sistema informativo di un'azienda è l'insieme:

- delle informazioni utilizzate, prodotte e trasformate durante l'esecuzione dei processi aziendali;
- delle modalità con cui esse sono gestite;
- delle risorse, sia umane, sia tecnologiche, coinvolte. “

Questa è la definizione di Sistema Informativo più condivisa in letteratura, dal momento che descrive in maniera esaustiva la molteplicità delle componenti di un S.I.

Un S.I. efficace restituisce conoscenza: dunque, solo il pieno controllo e governo del S.I. determina il monitoraggio dei processi organizzativi e produttivi e, conseguentemente, della realtà aziendale che è perennemente dinamica.

La Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) perché, se ben “curato”, esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea su tutto il territorio regionale. Solo in questo modo è possibile intercettare tutti gli aspetti della domanda di salute della popolazione campana per organizzare nella dovuta maniera dinamica un’offerta efficace di servizi sanitari, efficientandola attraverso il monitoraggio dei processi di produzione dell’assistenza sanitaria e dei loro costi.

Inoltre, in coerenza con l’assunto del ruolo centrale del Cittadino Assistito, la Regione Campania nello sviluppo del proprio SISR intende tenere conto di tale fondamentale aspetto, indirizzando tutti gli sforzi possibili per strutturare ogni tipo di accesso al Sistema Sanitario in funzione della massima facilità di fruizione dei servizi offerti.

Già il Piano Sanitario Regionale 2002-2004, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 129/3 del 20 giugno 2002, dedicò alcuni paragrafi al SISR nei quali individuò alcune criticità da affrontare nel triennio di pianificazione consistenti in una scarsa capacità di organizzare la raccolta ed il trattamento dei dati da parte del livello delle Aziende, in una incongrua organicità e complementarità dei dati richiesti dal livello regionale ed un sistema di comunicazione fra i due livelli da riorganizzare profondamente.

L’analisi di quel periodo è rimasta valida almeno fino al 2007, laddove nel quadro del Piano di rientro dal deficit in Sanità sono emerse le medesime criticità.

Nel frattempo, però, le azioni della Regione ed alcuni eventi normativi hanno generato un’ accelerazione di alcune attività che hanno di fatto avviato il superamento di alcune delle predette criticità.

Il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013 della Regione Campania si affaccia in un contesto normativo dominato dal Piano Sanitario Nazionale del medesimo periodo, attualmente in via di emanazione, dalle norme riguardanti i Livelli Essenziali di Assistenza e dalle norme di attuazione del Federalismo Fiscale.

Il SISR, a sua volta, ha a riferimento l’azione del Ministero della Salute che ha fortemente voluto lo studio ed il successivo impianto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), con il suo articolato complesso di norme e regole di trattamento dei dati sanitari.

Nell’azione di Piano un ruolo centrale rivestono le norme che stanno gradualmente attuando il progetto Tessera Sanitaria nato con l’art.50 della L.326/2004 e s.m.i.. La Regione Campania ha aderito, nei limiti delle sue possibilità operative, fin dalla prima ora al Progetto, traendone straordinari benefici in termini di crescita dell’intero Sistema Informativo Sanitario.

Analogamente si deve necessariamente tenere conto delle indicazioni strategiche che il Ministero dell’Innovazione e della Funzione Pubblica ha definito in materia di e-governement, raccolte nel Codice dell’Amministrazione Digitale (CAD) e nelle altre raccomandazioni dell’ex CNIPA ora DigitPA.

La recente pubblicazione delle “Linee Guida Nazionali” del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte del Ministero della Salute (11/11/2010) ha posto le basi di riferimento, ad oggi mancanti, per la produzione del complesso di norme che dovrà guidare lo sviluppo del FSE in Italia, peraltro riprendendo il contenuto del decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 e delle “Linee guida in tema di fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dossier sanitario” dell’Autorità Garante per la protezione dei dati personali del 16 luglio 2009.

La definizione e le finalità espresse nel predetto documento, sotto riportate, sottolineano l’estrema importanza che assume il FSE sia nello scenario Nazionale che in quello Locale del prossimo futuro

“Il Fascicolo Sanitario Elettronico è l’insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l’assistito.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico, che ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente, è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è costituito, previo consenso dell'assistito, dalle Regioni e Province Autonome per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Tali finalità sono perseguite dai soggetti del Servizio Sanitario Nazionale e dei servizi sociosanitari regionali che prendono in cura l'assistito.”

Inoltre, la pubblicazione delle “Linee Guida Nazionali” del Sistema CUP da parte del Ministero della Salute (27/10/2009) costituisce il riferimento per la realizzazione e/o evoluzione del Sistema CUP Regionale.

Ulteriormente, costituiscono un significativo riferimento della Regione Campania le deliberazioni 999/2006 e 1200/2006 ed il Decreto Dirigenziale dell'AGC Piano Sanitario n.17 del 30 gennaio 2009 che hanno dato un decisivo impulso sul versante dei Flussi informativi regionali.

Infine nel “Programma operativo 2010 – 2012” la Regione Campania ha programmato importanti interventi quali:

- Costituzione ed allocazione dell'organo di governo del Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- Emanazione delle linee guida per la omogenea strutturazione delle funzioni di governo dei Sistemi Informativi Sanitari delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;
- Nell'area degli aspetti contabili: avvio di una intensa azione di supporto alle aziende attraverso importanti interventi di formazione ed affiancamento di specialisti di organizzazione. L'obiettivo è quello di ridefinire i modelli organizzativi oggi carenti per razionalizzare ed omogeneizzare i processi di governo degli impianti contabili e gestionali. In parallelo si procederà all'implementazione di un sistema informativo contabile articolato sui due livelli aziendale e regionale;
- Progettazione e realizzazione di un Sistema Direzionale di dati di sintesi della Spesa Farmaceutica, utilizzando i dati provenienti dal Monitoraggio della Spesa Sanitaria ex art. 50 L.269/2003, e dai sistemi di rilevazione e di magazzino delle Aziende. Esso deve rendere, analisi, cruscotti e monitoraggio di fenomeni sull'andamento della spesa farmaceutica e dell'appropriato utilizzo del farmaco;
- Supporto alle Aziende per l'attivazione di un “Sistema informativo dei Laboratori in rete” al fine di implementare il collegamento in rete tra le varie strutture e/o punti di erogazione del servizio;
- Reingegnerizzazione dell'attuale Sistema di gestione di alcune anagrafiche di livello regionale e di alcuni sistemi di classificazione e codifica, costituendo il sistema integrato delle anagrafiche regionali;
- Implementazione delle procedure attuative del comma 5-bis dell'articolo 50 legge 24 novembre 2003, n. 326 “collegamento in rete dei medici del SSN di cui al comma 2 per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'INPS” e dei successivi decreti attuativi.

Lo stato attuale del SISR

Il sistema informativo sanitario regionale della Campania si mostra disomogeneo sia tra le diverse aree tematiche, sia all'interno di ognuna di esse. L'origine di questa condizione è da ricercarsi nella quasi totale assenza di strategie complessive di innovazione dei processi, sia a livello regionale, sia a livello

aziendale. I percorsi di innovazione, ad oggi, sono nati a partire dalle opportunità offerte dalle nuove tecnologie e dalle norme ministeriali da rispettare (innovazione episodica) come descritto nella premessa, piuttosto che dall'esigenza di attivare nuovi modelli organizzativi ed assistenziali (innovazione finalizzata).

Tale condizione si è manifestata in tutta la sua gravità nella fase di esecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo del debito sanitario per gli anni 2007-2010, laddove la Regione, per una non completa copertura dei fabbisogni informativi e dell'affidabilità del contenuto dei dati stessi, non ha ottemperato in modo esaustivo a parte del debito informativo richiesto dai Ministeri competenti.

La predetta criticità è stata già affrontata dalla Regione Campania nel Programma Operativo 2011-2012 che prevede un intervento specifico per il potenziamento della struttura amministrativa interna, con sviluppo delle relative professionalità, funzionale alla corretta gestione dei processi innovativi in modo stabile e duraturo. L'individuazione di una struttura dedicata a tali attività che si avvalga degli esperti di sistemi informativi sanitari che attualmente sono distribuiti nelle diverse strutture impegnate, darà origine a quel processo di necessaria sinergia richiesta fra tutti gli attori coinvolti. La gestione del processo di cambiamento che il Programma necessariamente comporterà nell'intero SSR deve incontrare responsabilità e ruoli riconosciuti, che non saranno limitati al solo livello regionale ma dovranno riconoscere degli ambiti di responsabilità partecipata anche nelle Aziende sanitarie.

L'intervento pianificato è di tipo strutturale ed assolutamente propedeutico per concepire ed attuare il pieno governo del SISR della Campania.

Il quadro attuale dell'ICT presso le Aziende Sanitarie campane è caratterizzato da una frammentazione dei sistemi informativi, con un basso grado di integrazione sia in verticale (con il livello regionale) che, in misura minore, in orizzontale (all'interno delle stesse aziende).

Una suggestiva prospettiva di superamento di tale criticità proviene dall'utilizzo di tecniche di trattamento dati quali interoperabilità e cooperazione applicativa che la Regione Campania ha avviato fin da 2001 nel quadro del Piano strategico della Società dell'informazione definendo, fra l'altro, il proprio modello per lo sviluppo del "Sistema Pubblico di Interoperabilità per la Cooperazione applicativa della Campania" (SPICCA).

Su questa piattaforma la Regione Campania ha già realizzato due importanti progetti:

- Il CUReP (Centro Unico Regionale di Prenotazione) che rappresenta un CUP integrato che ha inserito l'offerta sanitaria di tutte le 18 Aziende Sanitarie campane che è stato realizzato ed è attualmente operativo;
- La "Rete dei MMG/PLS" che mette in rete le componenti che concorrono a garantire la continuità assistenziale in tre centri di cura primaria delle province di Benevento, Avellino e Salerno attraverso la condivisione delle informazioni e la cooperazione clinica, consentendo la definizione di modelli assistenziali incentrati sui pazienti. Il progetto, che sperimenta un modello di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) conforme alle indicazioni dei Ministeri Competenti e dell'Autorità Garante della Privacy ed un approccio alla "ricetta elettronica", è stato realizzato e recentemente anche collaudato.

L'evoluzione del SISR necessita di interventi di adeguamento dei sistemi informativi affinché rispettino regole comuni ed evolvano nella direzione della massima diffusione nel territorio e contemporaneamente della massima integrazione, grazie alla disponibilità dei servizi infrastrutturali sviluppati.

Infine, anche il trattamento dei dati economici del SISR è caratterizzato da una disomogeneità e frammentazione dei sistemi presenti all'interno della Regione. Sono richiesti strumenti idonei per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati contabili ed amministrativi inviati dalle Aziende Sanitarie Regionali. Fino ad oggi la Regione ha assolto all'invio di dati amministrativo-contabili al Ministero tramite la piattaforma NSIS con filtri molto deboli sui dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie.

La recente implementazione delle funzioni di controllo incrociato sui dati trasmessi dalle Aziende nell' NSIS, ha sottolineato la necessità di una revisione complessiva dei SIA per migliorare la qualità del dato raccolto, soprattutto per omogeneizzare in maniera esaustiva il contenuto dei Data Base aziendali con i Flussi regionali e con quelli Ministeriali.

Come anticipato, il programma operativo 2011 -2012 ha definito un intervento adeguato per superare tale criticità.

I Sistemi Informativi Aziendali.

I SIA risentono tuttora di una crescita disordinata effetto della mancanza del dovuto coordinamento di livello regionale. Essi infatti sono disomogenei fra loro sia in quanto a copertura dei fabbisogni informativi che in quanto ad affidabilità del contenuto informativo.

La profonda ristrutturazione delle ASL del marzo 2009 ha ancor più accentuato i disagi nelle Aziende soggette ad accorpamento (ASL di Avellino, Asl di Caserta, ASL Napoli 2 Nord, ASL Napoli 3 sud, ASL di Salerno) che si sono manifestati in maniera più pesante nei Sistemi di Supporto alla produzione (amministrativi e contabili). In quest'area, in effetti, permane la criticità più evidente, in quanto i SIA hanno mostrato una generalizzata incapacità di governare i processi economico – contabili e, di conseguenza, di rappresentare in maniera univoca e strutturata le contabilità aziendali. Si tratta di una generica (fanno infatti eccezione alcune realtà) disattenzione alle metodologie ed ai processi organizzativi che fatalmente generano o trattano i dati aziendali in maniera inadeguata a rappresentare digitalmente l'evolvere degli eventi aziendali. Insomma si sconta una generica non-organizzazione su cui i prodotti informatici nulla possono, essendo l'informatica solo il vestito dell'organizzazione.

Tale criticità affligge, inevitabilmente, anche i Sistemi di produzione; tuttavia, sotto l'impulso di alcune esigenze normative nazionali e regionali, in tale ambito si è avuta una generalizzata crescita della capacità di raccolta dei dati. Rimane il dubbio che tale capacità sia rimasta confinata nell'ambito del "debito informativo" dovuto alle varie Istituzioni e che non sia utilizzata all'interno dell'Azienda per produrre analisi e, di conseguenza, conoscenza dei fenomeni da tenere sotto controllo.

Da quest'ultimo punto di vista si sconta una ulteriore criticità relativa alla scarsa presenza di analisti di segmenti di produzione (ricoveri, specialistica, riabilitazione etc.), d'ora in poi identificati come Esperti di Dominio, nei processi di progettazione e di esercizio dei Sistemi di raccolta ed analisi dei dati. In effetti essi dovrebbero rappresentare la "committenza" per Sistemisti informatici i quali dovrebbero attendere alla realizzazione di modelli, metodologie e processi di raccolta, controllo, validazione analisi e produzione di output.

Ulteriore elemento di criticità resta quello di una disordinata e carente distribuzione degli specialisti informatici nelle strutture di governo aziendali. Sistemi così complessi sono curati, in altre organizzazioni ed in particolare nel privato, da organizzazioni ben più strutturate e con professionalità di gran lunga più numerose.

Infine sul versante delle infrastrutture si sconta la difficoltà derivante dalla scarsissima propensione all'investimento con fondi propri in ICT del livello aziendale e, come vedremo, anche del livello regionale; gli unici investimenti di un certo rilievo sono stati effettuati negli anni 2004/2007 con fondi provenienti dagli Accordi di Programma Quadro nell'ambito del contrasto ai tempi di attesa.

Le LAN. Nelle Aziende si riscontra un notevole miglioramento delle infrastrutture di rete; esse rappresentano il "sistema circolatorio" dei SIA e ad oggi ciascuna Azienda (Locale od Ospedaliera) ha una propria rete locale (LAN). Molto spesso, però, esse sono frutto di una implementazione per passi successivi e pertanto oltre ad essere incomplete, sono tecnologicamente disomogenee e di generazione tecnologica superata. Ciò influisce spesso sulla efficienza della connettività e, soprattutto, sul piano della sicurezza informatica.

Le infrastrutture Hardware. Anche le infrastrutture HW sono il frutto di una crescita per passi successivi e sono quasi sempre ben lontane da una attualità tecnologica. Il vero problema da affrontare è quello della obsolescenza delle tecnologie. Infatti nella maggior parte delle Aziende esse vengono tenute in esercizio ben oltre la naturale conclusione del loro ciclo di vita per la già descritta inadeguatezza degli investimenti.

Il Sistema Informativo del livello regionale.

Ricordato che a tutt'oggi la Regione Campania non ha mai avuto una struttura (Servizio, Settore o Area) con funzioni di governo del SISR, il quale non è mai stato configurato e che è andato strutturandosi di fatto nella forma insufficiente che si osserva ad oggi, vale invece sottolineare che sul versante del Sistema regionale dei Dati e dei Flussi e sul piano del Sistema dell'infrastruttura tecnologica regionale si sono compiuti significativi passi in avanti che hanno sortito, come già descritto, anche benefici effetti per il livello dei SIA.

Infatti un notevole impulso verso una omogeneizzazione dei contenuti e della qualità del dato si è avuta con l'entrata in esercizio della PIATTAFORMA REGIONALE DI ACCOGLIENZA, realizzata dall'ArSan in collaborazione con gli esperti di dominio delle Aziende. Essa costituisce un vero e proprio reticolo di filtri attraverso i quali i dati circolano dall'interno delle aziende fino al livello regionale; il pregio notevole è che il motore di validazione dei dati è unico ed identico in ognuno dei filtri interposti sui flussi di dati dovunque utilizzati nei SIA. Infatti i dati vengono più volte controllati e validati dal momento del loro ingresso nei confini del SIA fino a quello dell'uscita verso il livello regionale. Ciò garantisce una qualità uniforme del dato in ogni SIA e, in definitiva, in tutto il SISR a partire dai dati dell'anno 2009.

Grazie all'art. 50 della legge n. 326 del 24.11.2003 e s.m.i. ed alle deliberazioni 999/2006 e 1200/2006, il SI di livello regionale è andato organizzandosi in maniera più organica. Infatti i dati relativi a:

- Ricoveri
- Assistiti ed Assistibili
- Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale ed FKT.
- Farmaceutica convenzionata.
- Prestazioni di termalistica.
- Farmaceutica a somministrazione diretta.
- Prestazioni in regime residenziale e semi-residenziale,

sono disponibili sia a livello aziendale che regionale nella stessa consistenza e qualità. L'infrastruttura del livello regionale risiede unicamente presso l'ARSAN che, d'altra parte è destinataria ed attrice principale delle citate DGRC.

La stessa Agenzia regionale Sanitaria si avvia ad implementare il proprio sistema di analisi multidimensionale delle prestazioni erogate, aggregando ai dati delle SDO, già presenti da diversi anni, quelli della farmaceutica convenzionata e della Specialistica Ambulatoriale convenzionata esterna.

Rilevanti interventi al livello regionale sono, poi, da segnalare nell'ambito delle Dipendenze, dei LEA Socio Sanitari, dell'Emergenza, dei Sistemi informativi della Veterinaria. Di essi si parlerà più diffusamente nei prossimi paragrafi.

Gli Obiettivi del SIR

La Regione Campania si pone alcuni obiettivi da raggiungere nel corso della vigenza del Piano Sanitario il cui raggiungimento, sia come risultato che come tempificazione, è fortemente condizionato dall'attivazione della struttura di governo del SISR prevista nel programma operativo 2011 – 2012. Pertanto i tempi previsti nei vari cronoprogramma devono intendersi a partire dal predetto evento oltre che, naturalmente, dalla data di adozione del Piano Sanitario.

Obiettivo 0: essere pronti alla sfida del 2013.

Alcune delle norme di attuazione del federalismo fiscale, oggetto di intensa discussione, utilizzeranno, a partire da una data attualmente prevista al 2013, criteri di definizione dei fabbisogni dei Sistemi Sanitari Regionali basati su standard rilevati in alcune regioni di riferimento fra gli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

Il ruolo dell'NSIS si appalesa ancor più determinante nei processi di finanziamento del Sistema Sanitario italiano. E' necessario, quindi che il SISR maturi rapidamente in maniera da alimentare il NSIS con dati regionali esaustivi, omogenei e rappresentativi della realtà gestionale campana.

Insomma il presente obiettivo, non a caso definito "obiettivo 0", è in qualche modo la sintesi di tutti i successivi e non prevede una vera e propria azione dedicata, se non quella ambiziosa di far evolvere il SISR fino al punto di esprimere in maniera tempestiva e completa la conoscenza dello stato del Sistema Sanitario Regionale.

Obiettivo 1: La rimodellazione del SISR.

Come accennato in precedenza, il SISR non è mai stato configurato e quello che si osserva oggi è andato strutturandosi di fatto. Il primario obiettivo del presente Piano è quello di fornire al Livello regionale ed a quello aziendale uno strumento di riferimento indispensabile per garantire la crescita armonica di entrambi.

Dunque il SISR deve essere rimodellato e ciò va realizzato sulla base di tre distinte finalità cognitive:

- emersione quantitativa e qualitativa dello stato di salute della popolazione per definire tempestivamente i bisogni di salute che ispirano la costante programmazione aziendale e regionale;
- supporto della Continuità Assistenziale con insiemi minimi di dati e documenti riguardanti l'Assistito (Patient Summary, Emergency data set) e messi in circolarità mediante il Fascicolo Sanitario Elettronico del Cittadino;
- emersione dell'andamento dei fattori produttivi dell'Assistenza Sanitaria, attraverso la misurazione dei loro costi e della loro efficacia.

La metodologia di tale modellazione deve basarsi sul contributo degli specialisti in analisi di eventi sanitari, assistenziali e gestionali in maniera fortemente collegiale agli specialisti di processi e di sistemi informatici. Senza i primi non è possibile fissare le caratteristiche delle analisi che devono essere organizzate coerentemente alle finalità cognitive e, conseguentemente, i dati da trattare e le regole per la loro validazione. Senza i secondi non è possibile progettare in maniera sistemica i processi e le metodologie di trattamento dei dati e definire e governare le tecnologie che implementano i Sistemi Informativi definiti.

Il sistema informativo sanitario regionale si dovrà articolare su due macro-livelli: quello aziendale che supporta tutti i processi produttivi e gestionali e quello regionale che supporta i processi interaziendali e le attività di programmazione sanitaria.

Si ritiene utile fissare lo schema di riferimento essenziale per la rimodellazione del SISR, al fine garantire il necessario quadro programmatico.

Sistema Informativo del Macro-Livello Regionale;

Sistema Informativo delle regole di trattamento dei dati e dei processi:

- Sistema dei dati tabellari regionali e nazionali,
- Sistema delle Anagrafiche e delle anonimizzazioni,
- Sistema dei Flussi nazionali
- Sistema dei Flussi regionali

Sistema di produzione del livello regionale
Gestione delle graduatorie, Registri

- Fascicolo Sanitario Elettronico
Sistema degli Osservatori
Sistema Emergenza – Urgenza 118
- S. I. del supporto alla programmazione regionale:
Sistema direzionale di monitoraggio, analisi e reporting dei dati.
- S. I. dell'infrastruttura tecnologica regionale:
Infrastruttura tecnologica di cooperazione applicativa,
Sistema di indicizzazione e routing informativo,
Sistema per l'interoperabilità sintattico/semantica di dominio

Sistema Informativo del Macro-Livello Aziendale:

- S. I. della produzione:
Sistema Ospedaliero,
Sistema Territoriale,
Sistema dei Dipartimenti istituzionali,
Sistema delle strutture accreditate.
- S.I. dell'amministrazione e supporto alla produzione:
Sistema dell'Amministrazione,
Sistema Gestione Risorse Umane,
Sistema di gestione degli acquisti e della logistica.
Sistema di gestione delle Contabilità.
- S.I. direzionale:
Sistema dell'Analisi, del Monitoraggio e del Controllo di Gestione,
Sistema di Supporto Direzionale.

La rimodellazione dovrà, inoltre, tenere conto delle componenti del SISR di fatto esistenti; della coerenza con lo sviluppo del NSIS; del progetto Tessera Sanitaria; del Codice dell'Amministrazione Digitale e del Codice Privacy.

Azioni programmate:

- Disegno complessivo del modello di SISR.
- Definizione degli insiemi dei dati tabellari.
- Individuazione dei sistemi di composizione ed attribuzione dei codici al fine di garantirne l'unicità.
- Definizione degli insiemi di dati di ciascun sottosistema.
- Definizione dei criteri di validazione di ciascun dato.
- Individuazione delle tecnologie e delle regole di redistribuzione della conoscenza in entrambi i Macrolivelli (es: Business Intelligence).

Cronoprogramma: graduale definizione con completamento entro 36 mesi.

Obiettivo 2: La modellazione del Sistema Informatico che implementa il SISR.

Il modello del SISR è articolato su due livelli: quello aziendale (I livello) e quello regionale (II livello), la cui interoperabilità è assicurata dal sistema tecnologico dell'infrastruttura regionale.

Il sistema di cooperazione applicativa è il componente dell'infrastruttura tecnologica che abilita la comunicazione tra gli applicativi di I livello con quelli di II livello. La Regione Campania ha adottato un proprio sistema di cooperazione applicativa, SPICCA, compatibile con le specifiche dell'architettura di cooperazione applicativa definita a livello nazionale SPCoop. Su tale infrastruttura è stato realizzato il Centro Unico di Prenotazione Regionale, attualmente in esercizio e su di essa si basa il Fascicolo Sanitario Elettronico del progetto Rete MMG/PLS.

L'architettura generale si compone di un nodo aggregatore regionale (NAG), che implementa le funzionalità del II livello e di nodi di dominio aziendali (NDOM), che implementano le funzionalità del I livello. La comunicazione tra i nodi avviene attraverso porte di dominio (PDD), installate presso ogni NDOM e presso il NAG.

Il modello di SIRS è un sistema federato, in cui i singoli nodi, pur interoperando fra di loro, sono autonomi. I dati ed i documenti prodotti da ogni nodo aziendale sono immagazzinati presso il nodo che li ha originati, ma sono resi accessibili a tutti gli altri nodi, previa verifica delle credenziali di accesso. Il componente di indicizzazione e routing informativo, attraverso un sistema di indici e metadati per la localizzazione delle informazioni sui nodi che li immagazzinano, fornisce le funzionalità occorrenti per ottenere una visione unificata delle informazioni distribuite sui nodi aziendali. Attualmente, all'interno del progetto del FSE, è stato implementato un sistema di indicizzazione per la localizzazione dei documenti clinici sui nodi aziendali. Il sistema di indicizzazione e routing realizzato deve essere ampliato per consentire la localizzazione sui nodi aziendali di tutte le altre informazioni sanitarie di interesse regionale.

La cooperazione applicativa abilita il livello tecnologico dell'interoperabilità, consentendo la comunicazione tra gli applicativi, ma non copre il livello sintattico/semantico dell'interoperabilità. I nodi aziendali sono infatti di tipo eterogeneo, non essendo stati progettati originariamente per essere integrati fra di loro e quindi utilizzano propri modelli informativi e sistemi di classificazione e codifica.

Attualmente, all'interno del progetto del FSE, declinando i principali standard internazionali, sono stati definiti: il modello di riferimento informativo, le strutture dei principali documenti clinici, il sistema di codifica della terminologia medica, mentre all'interno del progetto CUREP è stato definito il catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali. E' necessario ampliare quanto già fatto finalizzato a definire un insieme di standard completo per tutto il dominio sanitario di interesse regionale.

Il livello finale dell'interoperabilità attiene il livello dei processi: l'obiettivo è permettere l'orchestrazione dei processi, consentendo la gestione del relativo workflow. Occorre pertanto definire standard per i messaggi di livello applicativo e le sequenze degli stessi per specifici profili di applicazione. Anche in questo caso sono stati definiti, in particolare per il profilo applicativo relativo al FSE, gli standard di riferimento, ma il lavoro fatto deve essere ulteriormente esteso ad altre tipologie workflow.

Azioni programmate:

1. Definizione dell'architettura dell'infrastruttura tecnologica regionale;
2. Definizione del modello informativo di riferimento e degli standard interoperabilità a livello sintattico/semantico;
3. Modifica delle PDD del CUREP e del sistema di identificazione, autenticazione ed autorizzazione del CUREP;

Cronoprogramma: graduale definizione e completamento entro 12 mesi.

Obiettivo 3: L'evoluzione dei Sistemi a supporto delle decisioni.

La gran mole di dati raccolti dalle Aziende campane deve essere messa a frutto per consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati; le finalità sottese a tale sforzo risiedono nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi sia sul versante della conoscenza della domanda e dell'offerta di Servizi Sanitari che su quella dello stato di salute della popolazione, per finire, poi, a quella sulle condizioni della gestione delle aziende.

Vi è la necessità che i due macro livelli del SIRS, regionale ed aziendale, accentuino l'utilizzo di tecniche di trattamento delle grosse moli di dati (data warehouse) ed accedano a sistemi multidimensionali di analisi in maniera quanto più omogenea fra loro.

In particolare è opportuno definire in sede regionale linee guida per l'analisi multidimensionale, definendo Fatti, Dimensioni, Misure e relativi attributi in modo da avere risultati confrontabili e sintetizzabili su scala regionale.

Parimenti è opportuno giungere alla definizione di insiemi minimi di indicatori e cruscotti che configurino gli outputs delle analisi direzionali; ciò allo scopo di rendere leggibile in maniera uniforme la produzione delle analisi eseguite dal livello aziendale.

Azione programmata:

- Costituire una Commissione regionale, allocata nella struttura di governo del SISR, composto da Esperti di Dominio ed Informatici, con il compito di definire le linee guida per l'analisi multidimensionale dei dati sanitari sia a livello regionale che aziendale.

Cronoprogramma: entro 4 mesi dall'adozione del Piano.

Obiettivo 4: L'evoluzione dei S.I.A. della produzione

Come osservato in precedenza, i SIA si caratterizzano per una disomogeneità in quanto a copertura delle aree applicative e ciò determina la difficoltà del livello regionale di avere dati di sintesi completi per ognuna dei segmenti di Sistema esistenti. E' necessario, pertanto, configurare interventi specifici per superare tale criticità, tenendo presente che la modellazione dei vari sottosistemi costituisce già l'obiettivo 1 del presente PSR.

Sistemi Informativi Ospedalieri (SIO)

I SIO hanno una storia più lunga degli altri Sistemi della produzione, essendo stati i primi a strutturarsi insieme coi sistemi gestionali. Vi è quindi un patrimonio di esperienza sul quale far leva per omogeneizzare, completare e migliorare l'attuale assetto.

Sul piano del contributo di ciascun sottosistema alla conoscenza di livello regionale deve essere migliorato il sotto-sistema dell'emergenza urgenza, 118 e Pronto Soccorso. Tale sottosistema, oggetto di uno dei Mattoni del NSIS, è stato definito dal D.M. 118 del 17/12/2008 e la sua attuazione completa è prevista, per la Regione Campania, entro il prossimo anno 2011.

L'articolazione del Sottosistema in Centrali Operative, Trasporto infermi e Pronto Soccorso individua solo quest'ultima componente all'interno dei SIO, lasciando i primi in posizione collaterale ed autonoma. Proprio sul versante del P.S. è necessario intervenire anche a valle della recente ristrutturazione della rete dell'emergenza – urgenza, per garantire che tutti i P.S. della regione abbiano una gestione informatizzata.

Nella vigenza del Piano Regionale sarà anche necessario definire un insieme di funzionalità (es. accettazione, dimissione, trasferimenti, logistica etc.) poste a base di ogni Sistema Informativo Ospedaliero costituenti la piattaforma applicativa sulla quale poi spiccheranno le applicazioni verticali (gestione dei reparti, Servizi diagnostici, Altri Servizi etc.). A valle di questa definizione vi dovrà essere l'opportuna azione di selezione delle priorità di intervento e di affiancamento e monitoraggio affinché ogni SIO si completi rispettando le indicazioni di sviluppo regionali.

Sistemi Informativi Territoriali (SIT)

Diversamente dal SIO, per i Sistemi territoriali, a causa della loro peculiarità multidisciplinare, si è quasi sempre stentato a costituire un Sistema organico ed integrato. D'altra parte la crescente rilevanza dell'assistenza territoriale e la sempre più forte esigenza di integrazione con quella ospedaliera e sociale consigliano di intervenire in maniera decisa al livello di indirizzo e programmazione regionale. E' necessario, pertanto realizzare un Sistema Informativo Territoriale capace da un lato di supportare tutti gli aspetti assistenziali tipici del territorio e dall'altro di consentire una misurazione quali-quantitativa della produzione di servizi assistenziali che oggi in larga parte non è presente.

Di non poco conto è il fatto, poi, che una cospicua quantità di flussi informativi, regionali o nazionali, nasce dalle attività distrettuali ed è pertanto necessario definire, a livello regionale, i contenuti informativi in modo che essi siano in grado di rispondere in maniera esaustiva ad ogni attuale necessità di ogni singolo debito informativo oggi attivo.

Un SIT efficiente costituisce supporto necessario agli interventi socio-sanitari anche e soprattutto in vista del crescente bisogno di integrazione con attività proprie delle politiche sociali. Inoltre un SIT che integri in maniera completa tutte le attività assistenziali non deve prescindere dalla modalità organizzativa della Porta Unitaria di Accesso, della quale si parlerà specificamente nell'obiettivo 8.

Infine la necessaria rimodellazione del SIT dovrà tenere conto dei sistemi informativi di recente approvazione del Ministero della Salute che di seguito si riportano:

- SIAD : Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare.
- FAR/RSA: Sistema di rilevazione delle prestazioni residenziali a favore dei soggetti anziani e non autosufficienti.
- HOSPICE: Flusso dedicato alle prestazioni erogate in regime residenziale a malati terminali.
- SIAR: Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa di tutti i livelli assistenziali. Attualmente in fase di definizione.

Sistemi Informativi dei Dipartimenti Istituzionali

I due Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione pur avendo una relazione intima con il territorio hanno la necessità di avere Sistemi informativi dedicati a causa della peculiarità degli aspetti di competenza.

Per entrambi, e per una lettura delle problematiche sui sistemi informativi coordinata con quelle di contesto, si rimanda ai paragrafi dedicati ai due dipartimenti istituzionali. In questa sede, per favorire una lettura esaustiva degli aspetti S.I., ne vengono ripresi gli aspetti fondamentali e le azioni proposte.

Nell'ambito della prevenzione si osserva una molteplicità di iniziative, molte promosse dal livello nazionale, ma una scarsa propensione alla "messa a sistema" dei singoli Sistemi Informativi determinando un supporto complessivo delle tecnologie informatiche sicuramente al di sotto delle potenzialità del mezzo. Vi è la necessità di sviluppare l'informatizzazione della prevenzione nel suo articolato insieme sia per gestire in maniera completa i molteplici flussi informativi che per supportare la struttura a rete delle attività di controllo.

E' necessario ricondurre ad unitarietà l'insieme dei sistemi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra:

- informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto)
- informazioni necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).

E' inoltre necessario che la Regione, a partire dalla documentazione specifica prodotta dal Progetto nazionale Mattoni, nell'ambito del Mattone 15 - Assistenza sanitaria collettiva (di cui la Campania è stata la Regione capogruppo) ed in particolare dal "Documento di definizione dell'approccio per la classificazione delle funzioni di Prevenzione e dei meccanismi di manutenzione del sistema di classificazione", costruisca un proprio sistema informativo dedicato alle prestazioni erogate dal Dipartimento di Prevenzione.

Nell'ambito della Sanità Pubblica Veterinaria, infine, sono stati compiuti significativi passi in avanti con l'utilizzo di S.I. evoluti denominati GISA ed ORSA. Rimangono tuttavia ulteriori interventi da realizzare implementando gli attuali sistemi con interventi mirati in settori specifici quali, ad esempio, il suinicolo ed il contrasto alla brucellosi.

Per la Salute mentale, trattandosi di fasce deboli della popolazione vi è ancor più necessità di mettere a sistema le attività nel quadro della integrazione socio sanitaria e dei LEA per essa definiti. Peraltro le azioni da intraprendere dovranno essere tutte conformi all'attuazione del SISM, Sistema Informativo della Salute Mentale, recentemente decretato dal Ministero della Salute.

Sistema Informativo delle strutture accreditate

L'apporto della Sanità privata al SSR è in Campania rilevante, ma da un punto di vista di sistema informativo i soli dati circolanti sono quelli relativi alle prestazioni effettuate ed alla loro rendicontazione e remunerazione; manca, ad esempio, una visione complessiva dell'offerta privata da poter sommare a quella delle strutture pubbliche. Vi è, pertanto, da un lato l'esigenza di mettere in rete tale componente e dall'altro di garantire, peraltro come per le strutture pubbliche, qualità ed efficacia delle cure. Si ritiene possibile richiedere alla Sanità privata ogni sforzo possibile perché investa in quest'ambito per mettere in circolarità, utilizzando le tecnologie informatiche della cooperazione applicativa, la massima quantità possibile e concordata di dati ed informazioni.

L'accreditamento istituzionale necessita di un Sistema Informativo efficiente e puntuale per supportare le attività di Regione ed Aziende, ciascuna per parte sua, di verifica e controllo del mantenimento dei requisiti.

Azioni programmate:

1. Azioni di cui all'obiettivo 1.
2. Monitoraggio della realizzazione dell'evoluzione dei predetti Sistemi.
3. Realizzazione del Sistema Informativo a supporto dell'accreditamento istituzionale.

Cronoprogramma:

- Punto 1 graduale definizione con completamento entro 36 mesi.
- Punto 2 fino ad esaurimento attività.
- Punto 3 entro 18 mesi.

Obiettivo 5: L'integrazione dei Sistemi disseminati.

Il SISR, nella sua macro-componente regionale si è sviluppato, come già detto, "di fatto" e ciò ha generato la nascita di Sistemi informativi a modello "unificato" che oggi sono attivi ed assolutamente autoconsistenti, vengono correntemente utilizzati da operatori delle Aziende, ma che spesso risultano "isolati", non consentendo una piena interazione con i SIA. Ma tali sistemi costituiscono un'occasione imperdibile per integrare in modo più completo i due macro-livelli essendo già a patrimonio un'intensa cooperazione fra gli operatori di entrambi i livelli.

Per il prossimo triennio si intende pianificare un'azione di recupero alla massima integrazione dei seguenti sistemi:

- Sistema Informativo Dipendenze (SID).
- Gestione Informatizzata del Settore Alimentare (GISA).
- Gestione Dati relativi alla Sicurezza e Salute negli Ambienti di Lavoro (Ges.Da.Sic.).
- REGistro Nazionale delle Cause di Morte RENCAM, con gli altri flussi afferenti le attività dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale quali: Natalità, Cedap, Interruzione Volontaria di Gravidanza, Malattie Infettive.
- LEA Sociosanitari

Il Sistema Informativo Dipendenze (SID)

L'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (OEDT) ha identificato quale obiettivo prioritario la disponibilità di informazioni comparabili, attendibili e anonime sulle caratteristiche delle persone sottoposte al trattamento per il consumo di droga e, a tal fine, ha emanato delle linee guida valide per tutti gli Stati membri.

In Italia il Ministero della Salute, in accordo alle suddette linee guida, ha finanziato il a cui ha aderito anche la Regione Campania.

E' in tale cornice ed in attuazione del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 che la Regione Campania, ha approvato con DGRC n. 514 del 14 aprile 2005 il progetto di un Sistema Informativo per le Dipendenze (SID) volto ad informatizzare tutti i Servizi Tossicodipendenze operanti sul territorio regionale. In tale fase la Regione Campania ha acquisito in riuso dalla Regione Toscana un software gestionale in grado di gestire la "cartella sociosanitaria informatizzata" dell'utenza di tutti i Ser.T. Il sistema informativo è stato successivamente personalizzato dalla Regione Campania e le modifiche apportate, relative ad una più appropriata gestione delle anagrafiche, sono state richieste ed utilizzate anche dalla Regione Toscana.

Successivamente, con DGRC n. 2107 del 31 dicembre 2008, la Regione Campania ha avviato la realizzazione di un ulteriore fase di implementazione del SID in Campania, denominata "SID2:" che prevede il potenziamento e l'estensione del Sistema Informativo Dipendenze alla gestione del soggetto alcol dipendente con la gestione integrata anche della "cartella alcool".

Il Sistema Informativo Dipendenze (SID) implementa oggi una rete informativa, basata su standard europei e nazionali, sul fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcooldipendenza tra tutti i Ser.t del territorio regionale e i dipartimenti Dipendenze, l'Osservatorio Regionale delle Dipendenze ed il Ministero della Salute, al quale fornisce i flussi ministeriali in modo automatico e, nel corso del 2011, genererà il flusso SIND del NSIS, istituito con decreto del Ministero della Salute dell'11 giugno 2010.

L'approccio scelto per l'informatizzazione dei ser.t è incentrato sul paziente perciò il SID gestisce informazioni individuali che consentono di ricostruire il movimento del singolo utente (data di ammissione, tempo di presa in carico, data di dimissione, invio in comunità terapeutica, passaggio ad altro Ser.T, uscita spontanea dal sistema assistenziale), informazioni relative a diagnosi, patologie, trattamenti programmati e/o erogati dalle varie strutture assistenziali, dati di anamnesi o anche di ricovero che hanno interessato l'assistito e statistiche di diverse tipologie che insieme ad un sistema di statistiche, analisi e reporting, basato su Business Object, consentono all'Osservatorio Regionale Dipendenze e ai Dipartimenti Dipendenze di comprendere le dimensioni, il profilo dei consumatori di droga o alcool ed i loro modelli di consumo.

Tuttavia l'assenza di una chiara ed unica regia regionale ha impedito sinora la necessaria integrazione della cartella SID con tutti gli altri sistemi aziendali e servizi coinvolti nella presa in carico del soggetto (ad es. la salute mentale, le carceri etc.) in un quadro di integrazione socio sanitaria sempre più necessario per garantire i LEA.

Appare perciò opportuno che da un lato la Regione dia regole e indicazioni chiare ed omogenee per consentire una maggiore integrazione tramite l'interoperabilità e la cooperazione applicativa e, dall'altro, le Aziende sviluppino il proprio SIT in un ottica integrata finalizzata alla presa in carico del paziente.

Gli obiettivi specifici per il SID, descritti in maniera coordinata nel paragrafo dedicato alle Dipendenze, sono nel triennio:

- entro il 1° anno:* Avvio seconda fase del SID e SIND secondo quanto previsto dal cronoprogramma ministeriale.
- entro il 2° anno:* completare l'infrastrutturazione dei progetti SIND e NIOD secondo quanto previsto dal cronoprogramma ministeriale
- entro il 3° anno:* completamento e messa a regime della cartella clinica informatizzata. Monitoraggio dell'infrastrutturazione come da indicazioni ministeriali.

Gestione Informatizzata del Settore Alimentare (GISA)

La Regione Campania con Deliberazione di Giunta Regionale n.1292 del 17 luglio 2007 ha istituito l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno.

In seguito ad un processo di riorganizzazione e di informatizzazione è stato istituito con DGRC n. 1916 del 2008 il Sistema Informativo GISA (Gestione Informatizzata Settore Alimentare) per la verifica dei LEA.

GISA gestisce tutti i flussi dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario e dell'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare, incluse le informazioni di georeferenziazione. Implementa l'anagrafe canina regionale, informatizza le attività medico-veterinarie dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL campane e gestisce le attività degli ambulatori veterinari e del Centro di Riferimento per l'igiene Urbana Veterinaria (CRIUV).

Le varie applicazioni del sistema GISA sono in grado di interoperare pienamente tra di loro e con l'esterno mediante l'esposizione di servizi in conformità al modello SOA.

Tra i requisiti di interoperabilità fissati in fase di progettazione è stata posta particolare attenzione alla conformità rispetto alla comunicazione con PISA, la piattaforma interregionale della sicurezza alimentare che prevede scambio tra le Regioni di dati attraverso le tecnologie e i protocolli dell'SPC, XML Web-Services, Porta di dominio.

Gestione Dati relativi alla Sicurezza e Salute negli Ambienti di Lavoro (Ges.Da.Sic.)

L'Area Generale di Coordinamento 20 dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania gestisce numerosi dati e processi amministrativi, tecnici, sanitari inerenti la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro che vedono come attori principali gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL., quelli di altre Pubbliche Amministrazioni, le realtà delle imprese presenti sul territorio, i Cittadini.

A tal fine, è stato ideato un Progetto Regionale rientrante nell'Attuazione del Piano di Prevenzione Regione Campania – Prevenzione degli Infortuni sul Lavoro, denominato Ges.DA.Sic. "Gestione Dati relativi alla Sicurezza e Salute negli Ambienti di Lavoro", con l'obiettivo di realizzare, in Regione Campania, un sistema informativo per la gestione dei dati attinenti la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Ges.Da.Sic. ha l'obiettivo di implementare idonei processi di accesso ai dati e di distribuzione delle informazioni tra gli operatori regionali e gli operatori dei Servizi SPSAL e SIML dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL supportandoli nelle attività di vigilanza ex D.Lgs.81/2008 e s.m.i., fornendo loro informazioni sui settori localmente più a rischio: comparti, aziende, problemi di sicurezza più diffusi e gravi, categorie di imprese o di lavoratori particolarmente in difficoltà.

La fornitura hardware ed i servizi di avvio operativo del GES.DA.SIC. sono in corso da parte della società aggiudicataria mentre la piattaforma software è in corso di implementazione da parte dell'Università degli Studi di Salerno – Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione e Ingegneria Elettrica.

REgistro Nazionale delle Cause di Morte (RENCAM)

I dati sulle morti e le loro cause sono un elemento importantissimo in molti indicatori epidemiologici. Attualmente in Regione Campania il RENCAM è gestito tramite un limitato applicativo e i flussi tra aziende e asl avvengono tramite posta elettronica o anche supporti magnetici.

In realtà il RENCAM deve essere considerato come un sottosistema di un più ampio S.I. che è quello a supporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale. E' evidente, pertanto, la necessità di un intervento che organizzi in un'unica visione gli insiemi di dati dell'Osservatorio quali Natalità, Cedap Interruzione

volontaria di gravidanza, Malattie infettive etc., organizzando procedure e metodologie di rilevazione e validazione da diffondere presso le Aziende gravate della raccolta dei dati.

LEA Sociosanitari

L'Assessorato alla Sanità con provvedimenti successivi dal marzo 2004 in poi ha inteso attuare il DPCM 29.11.2001 affidando all'ARSAN la predisposizione e la diffusione presso le aziende di una prima versione di un software, denominato "Leasocioosan", finalizzato alla rilevazione delle prestazioni erogate dalle aziende ai sensi del citato DPCM.

Dopo un primo incoraggiante utilizzo dello strumento fornito, l'Assessorato ha disposto nel dicembre 2008 l'evoluzione del predetto software affidando ancora all'ARSAN la sua realizzazione e ed attivazione in tutta la regione. Esso realizza uno strumento unico di rilevazione delle attività a livello distrettuale, dipartimentale e/o di coordinamento, ridisegnando in maniera più completa il S.I. dei Lea Sociosanitari.

Il nuovo sistema LEASOCIOSAN, alimentato a livello distrettuale, è un flusso individuale incentrato sull'utente/paziente che fruisce delle prestazioni di tipo ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, domiciliare. In raccordo con i decreti ministeriali istitutivi dei flussi informativi dedicati alle prestazioni sociosanitarie, il sistema è stato adeguato al termine di un'analisi di coerenza, conclusasi positivamente con la validazione da parte del Ministero del Piano di adeguamento ai flussi informativi espresso dalle Aziende e dalla Regione. In questo modo il nuovo sistema potrà rispondere esaustivamente alle richieste e ai debiti informativi che dal 1 gennaio 2012 costituiranno un vincolo, ai sensi dell'Intesa del 23.3.2005, per l'erogazione ed assegnazione delle risorse finanziarie.

Il LeaSocioSan è un sistema informativo univoco che, nel disegno della Giunta Regionale, costituisce una risposta agli obiettivi strategici formulati per il governo del sistema socio-sanitario.

Il Sistema Leasocioosan è conforme alle caratteristiche richieste dal NSIS e ne attua i principi quali la creazione di un sistema di integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali relative al singolo cittadino. Infine il sistema LEASOCIOSAN prevede e realizza il raccordo con gli altri sistemi già adottati ed utilizzati dalle aziende sanitarie come il Sistema Informativo Dipendenze, il SISM - Sistema Informativo Salute Mentale di recente approvazione.

Oltre all'obiettivo dell'integrazione con gli altri Sistemi e come riportato nel paragrafo dedicato al Distretto, per il Sistema "Leasocioosan" gli obiettivi specifici sono:

entro il 1° anno: completare l'aggiornamento del sistema LEASOCIOSAN per il monitoraggio dell'utenza, delle prestazioni e delle relative spese, anche in collegamento con l'NSIS.

entro il 2° anno: mettere a regime il sistema di monitoraggio LEASOCIOSAN, superando eventuali criticità relative sia al parco hardware che alla funzionalità della rete, in almeno la metà dei Distretti Sanitari di ciascuna Azienda

entro il 3° anno: mettere a regime l'intero sistema.

L'implementazione di tali flussi informativi, nonché l'alimentazione e l'utilizzo dei dati ai fini della programmazione e pianificazione delle risorse costituisce un obiettivo operativo per le singole aziende sanitarie che dovranno inserire tali attività tra quelle ordinarie delle singole unità operative distrettuali.

Azioni programmate:

- 1 - Fornire linee guida per l'integrazione dei sistemi "disseminati" con quelli Aziendali,
- 2 - Fornire le linee guida necessarie a consentire una connettività sicura e stabile dei servizi aziendali mediante SPC;
- 3 - Verificare, consolidare, se del caso, e garantire la disponibilità di: Porte di Dominio, Gestione dell'identità federata, Ontologie e cataloghi;
- 4 - Definire e realizzare il S.I. dell'Osservatorio Epidemiologico;
- 5 - Riorganizzare alcuni sottosistemi già esistenti sulla base sistemica del S.I. Osservatorio

6 - Completare la realizzazione e diffusione del S.I. Leasociosan.

Cronoprogramma:

Punti 1, 2 e 3 entro 12 mesi.

Punto 4 definizione entro 9 mesi e realizzazione progressiva entro 36.

Punto 5 entro 18 mesi.

Punto 6 entro 12 mesi

Obiettivo 6: Il registro tumori.

Nell'ambito di Sistemi informativi vi sono alcuni aspetti che non hanno avuto lo sviluppo conforme all'importanza dell'argomento. Fra questi spicca il registro tumori. Il presente Piano Sanitario intende definire le linee di intervento per tale problematica.

Il piano Sanitario Nazionale 2010-2012 nel capitolo sulla governance del sistema fa riferimento ai registri e nel capitolo sulle malattie oncologiche conferma le scelte operative del Piano oncologico nazionale.

Il Piano oncologico nazionale 2010-2012 nel punto 1.3 relativo ai registri tumori riporta tra le azioni programmatiche:

- incrementare la copertura da parte dei Registri Tumori del territorio nazionale dal 32% attuale al > 50 %
- facilitare la creazione di reti telematiche dei registri tumori
- sviluppare reti oncologiche con modelli tipo HUB e Spoke, dedicate in particolare allo sviluppo ed applicazione di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico.

Il protocollo di intesa tra la Regione Campania e l'I.R.C.C.S. Pascale per gli anni 2010-2012 stabilisce che l'istituto tumori Pascale coordina e supporta le attività istituzionali dei Registri Tumori delle Aziende Sanitarie della Regione Campania, assegnando allo stesso Istituto il compito di sviluppare una piattaforma informatica che faciliterà l'interscambio sia regionale che nazionale dei flussi informativi tra i diversi registri tumori come auspicato dal PON 2010-2012.

Le risposte relative alle domande sull'andamento dei tumori sul territorio, ai tempi di sopravvivenza, alle modalità di diagnosi, ai trend di incidenza e mortalità, sono indispensabili non solo ai fini di un'appropriata programmazione sanitaria, ma anche per una corretta opera di prevenzione e per il controllo della patologia oncologica, per la valutazione degli interventi ed anche per fornire informazioni ed indicazioni corrette ai cittadini.

Nessuna struttura ospedaliera può da sola rispondere a tali quesiti in quanto solo archivi di popolazione possono esaustivamente rispondere a tale esigenze.

In Italia attualmente sono attivi 31 registri tumore di popolazione che coprono il 32 % della popolazione.

Purtroppo la maggior parte di tali registri è situata nel centro nord, ove si raggiungono percentuali di copertura che oltrepassano il 70%. Nel sud la copertura è di circa il 10%. In Regione Campania l'assetto attuale è dato da un registro che copre circa 500.000 abitanti in 35 comuni della ASL NA3 ed in un registro su base provinciale che copre la provincia di Salerno. La mancata copertura di gran parte del territorio regionale da parte del registro tumori di popolazione rende difficile una valutazione appropriata di trend d'incidenza e della correlazione tra incidenza ed i vari fattori di rischio presenti sul territorio regionale. Inoltre risulta di difficile interpretazione qualsiasi valutazione delle attività di prevenzione secondaria (screening) attivate sul territorio regionale che pur rientrano- tale attività- nei livelli minimi di assistenza.

Un registro tumori può configurarsi oggi non più come una sommatoria di record individuali ma come una gestione di dati prelevati da banche dati e archivi già esistenti e incrementate con informazioni aggiuntive e con la verifica dei dati già archiviati.

Ogni sistema di registrazione ha per obiettivo la rilevazione esaustiva dei casi di tumore verificatasi nella popolazione considerata in un arco di tempo definito, utilizzando tutte le fonti potenzialmente idonee al reperimento, anche se esiguo, dei casi incidenti.

Le procedure di registrazione attualmente utilizzate dai registri italiani sono diversificate e - a seconda dell'intensità del ricorso a procedure informatiche di consultazione degli archivi elettronici e all'adozione di algoritmi decisionali per il riconoscimento automatico dei casi incidenti — si distribuiscono su una gamma che ha ad un estremo modalità di registrazione prevalentemente attive e all'altro estremo modalità prevalentemente passive.

Le prime richiedono la consultazione diretta da parte degli operatori del registro della documentazione sanitaria (cartella clinica, referto patologico, certificato di morte) di ogni potenziale caso incidente; le seconde limitano questo tipo di consultazione ai soli casi che non sia stato possibile considerare incidenti dopo il record linkage di archivi elettronici di dati individuali (anagrafi, SDO, archivi dei Servizi di anatomia patologica, RENCAM) e l'applicazione di un algoritmo per la verifica della coerenza diagnostica delle informazioni desunte dai singoli archivi.

Tra le procedure del primo tipo, definite manuali, e quelle e secondo tipo definite automatiche, esiste un gradiente di procedure intermedie. Potendosi avvalere di archivi elettronici di dati individuali sanitari e amministrativi di buona qualità e completezza, è possibile sviluppare procedure di record linkage efficienti, utilizzando algoritmi di riconoscimento della concordanza diagnostica dei record che si riferiscono a uno stesso soggetto ma sono in archivi diversi.

Per qualsiasi RT che faccia ricorso a procedure automatiche di registrazione, il primo passo per l'identificazione dei casi incidenti di tumore è il linkage individuale di basi di dati di grandi dimensioni con l'anagrafe degli assistiti e con l'anagrafe comunale dei residenti. Si tratta del Registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM), dell'archivio delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e dell'archivio dei Referti dei servizi di anatomia patologica (RSAP). Altri archivi potenzialmente utilizzabili da aggiungere sono il File F, l'archivio dell' esenzioni e degli invalidi, nonché gli archivi elettronici dei medici di medicina generale.

Queste complesse operazioni di linkage hanno per fine la normalizzazione delle informazioni riferite a uno stesso soggetto rendendone univoca l'attribuzione.

La complessità delle procedure di alimentazione del RT richiedono un deciso intervento strutturale relativo alla costituzione del Registro Tumori Regionale con una sua definita logistica ed una accurata organizzazione.

Sul versante dei S.I. si deve agire sulla qualità e disponibilità delle basi dati coinvolte nel Data Linkage.

Azione programmata:

- Adozione di idonea normativa per l'istituzione del "Registro Tumori della Regione Campania".

Cronoprogramma:

entro 8 mesi dall'adozione del Piano.

Obiettivo 7: La dematerializzazione

Il Progetto De@campania

La dematerializzazione si pone, innanzitutto, come un processo "qualificante di efficienza e di trasparenza" delle Amministrazioni pubbliche, consentendo nel contempo grandi risparmi diretti in termini di carta e spazi recuperati, e indiretti in termini di tempo ed efficacia dell'azione amministrativa pubblica, delle Aziende e dei privati.

Recenti studi condotti dal CNIPA sulla gestione dei documenti della pubblica Amministrazione e riferiti solo al sistema di protocollazione, stimano costi complessi pari a numerose decine di miliardi di euro. Nel Sistema Sanitario Regionale, invero, non esiste una stima accurata relativa ai documenti di tipo amministrativo e sanitario, tuttavia, se si rapportano solo i dati di cui innanzi con una realtà come quella della sanità campana, diviene un tema da affrontare per il benessere complessivo del Sistema.

Se a questi, poi, si aggiunge il cosiddetto “costo sociale” del documento, con ciò intendendo la valorizzazione degli oneri che cadono direttamente sul cittadino. Uno dei casi più comuni riguarda il ritiro dei referti di analisi, delle cartelle cliniche e quant’altro ed del trasferimento dei fascicoli tra Aziende.

Altro aspetto non meno rilevante sono i costi per la sola custodia degli archivi cartacei, ove molto spesso le Aziende non dispongono di idonei spazi ricorrendo ad affidamenti all’esterno.

Nell’ambito del progetto di condivisione delle informazioni sanitarie vanno affrontati con particolare attenzione tutti gli accorgimenti i temi della sicurezza, il rispetto del Codice privacy, nonché quelli della validità legale dei documenti sostitutivi e la loro conservazione.

L’uso di un sistema di comunicazione consente, inoltre, sviluppo di nuovi strumenti per l’accesso e la conoscenza dell’utente fruitore dei servizi.

Così come previsto dal Codice dell’Amministrazione Digitale e dal quadro nazionale di riferimento, il tema della dematerializzazione della documentazione prodotta nell’ambito dell’attività della pubblica amministrazione rappresenta, attualmente, uno degli elementi di rilievo all’interno dei processi di riforma della gestione dell’attività amministrativa in ambiente digitale e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative ai fini della riduzione della spesa pubblica, in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi, ecc.) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza, ecc.). I processi di gestione cartacea dei documenti, infatti, sono caratterizzati da eccessiva onerosità, difficoltà di condivisione e archiviazione, mancanza di trasparenza, tempi di ricerca elevati, facilità di errori, smarrimenti, perdite ed altre più o meno costose inefficienze.

Un’ampia e corretta applicazione della pratica in ambito sanitario, inserita in un quadro generale di Sistema Informativo Regionale, pur salvaguardando gli investimenti finora effettuati, per la dematerializzazione, la conservazione dei Documenti amministrativi e sanitari, nonché dei sistemi di comunicazione interni ed esterni, rappresenta una grande scommessa in tema di innovazione tecnologica, rivolta all’efficienza, alla economicità ed alla semplificazione dei processi amministrativi e gestionali.

L’intervento che la Regione Campania pianifica per il prossimo triennio, in sinergia con altri interventi regionali in atto o in fieri, mira nel breve termine a porre attraverso una puntuale ricognizione del patrimonio informativo e logistico per l’utilizzo dei sistemi rivolti alla semplificazione ed all’ottimizzazione dell’intero processo di gestione dei documenti e dei sistemi di comunicazione, partendo dagli attuali processi e procedure operative in uso nelle singole Aziende.

Nella fase immediatamente successiva a quella di cui innanzi, si dovrà procedere mediante emanazione di standard, linee guida e protocolli operativi ed all’applicazione capillare della pratica, mediante la costituzione di appositi Tavoli tecnici interdisciplinari, che avranno il compito di stimolare e coordinare presso le Aziende Sanitarie l’utilizzo massivo delle nuove tecnologie digitali, coinvolgendo i responsabili aziendali e gli operatori, per rendere concretamente possibile la diffusione su larga scala della comunicazione e trattamento dei documenti del Sistema Sanitario Regionale e per modificare e snellire le procedure amministrative.

I risultati da raggiungere dovranno essere:

3. l’interscambio documentale nell’ambito dell’Azienda e tra le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, operatori e Sistema regionale che consente di dare avvio all’interoperabilità e alla

- dematerializzazione dei protocolli inviati elettronicamente con firma digitale e posta elettronica elettronica certificata (PEC);
4. la gestione digitale della documentazione prodotta nell'ambito sanitario, con la possibilità di integrarsi al progetto del fascicolo sanitario elettronico;
 5. la gestione e l'interscambio dei flussi economici intra ed extra aziendali, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo la Fatturazione elettronica, il tempestivo sistema di Controlli del contenzioso;
 6. la creazione della Rubrica del Sistema Sanitario Regionale, consistente nella realizzazione di una Rubrica del Sistema Sanitario Regionale che consenta di selezionare ed inviare una e-mail direttamente ai servizi sanitari connessi in internet, in base alla loro denominazione ed organizzazione. La rubrica potrà essere consultata sul web dai cittadini, e via intranet ed extranet dagli operatori del Sistema Sanitario Regionale.

Azioni programmate:

1. La Regione Campania procederà, attraverso i Tavoli tecnici multidisciplinari appositamente costituiti, ad una ricognizione dello stato di informatizzazione della gestione documentale, dei sistemi di acquisizione, comunicazione e delle relative dotazioni e fabbisogni infrastrutturali, individuando le esperienze delle diverse Aziende, con particolare riferimento a quelle di maggiore successo e, precisamente:
 - gestione documentale (protocollo centralizzato)
 - archiviazione e conservazione
 - produzione di documentazione digitale
 - realizzazione di flussi documentali nei procedimenti
 - utilizzo dei sistemi di posta elettronica tradizionale e/o certificata
 - utilizzo dei certificati digitali.
 - Valutazione del livello di esportabilità dei sistemi più diffusi attraverso formule di riuso.
2. Definizione di un percorso ottimale di dematerializzazione da utilizzarsi come parametro di riferimento per le Aziende, alla individuazione e confronto delle diverse modalità di utilizzo dei sistemi di che trattasi.
3. Emanazione di linee guida regionali e protocolli operativi.
4. Avvio di attività sperimentali a largo raggio nei segmenti di attività più significativi.

Cronoprogramma:

- Punti 1, 2 entro 12 mesi.
Punto 3 entro 6 mesi dopo punti 1 e 2.
Punto 4 entro 18 mesi dopo punti 1,2 e 3.

Obiettivo 8: Favorire l'accesso ai servizi offerti.

Particolare cura deve essere posta, nei prossimi tre anni, nel facilitare l'accesso al Sistema Sanitario Regionale ed ai servizi offerti. In quest'ottica gioca un ruolo fondamentale il SISR che deve garantire i servizi tecnologici a tanto necessari attraverso il miglioramento e la razionalizzazione delle "porte di accesso".

I MMG ed i PLS sono, di fatto, il primario contatto, la porta principale di accesso al Sistema Sanitario. E' necessario porre in essere ogni sforzo possibile per mettere in rete queste fondamentali componenti di Sistema implementando la capacità di interagire con gli altri Sistemi (dai ricoveri alle prestazioni ambulatoriali, dalla farmaceutica alle cure riabilitative) superando l'attuale visione "prescrittiva" per favorire l'attuazione della modalità assistenziale di "presa in carico" dell'Assistito. Le difficoltà da superare sono molte ed alcune anche di carattere normativo e sindacale. Le tecnologie ICT costituiscono uno strumento indispensabile per favorire la realizzazione di tali prospettive.

Un primo significativo passo può essere rappresentato nel definire un primo insieme di servizi che le Aziende devono mettere a disposizione di MMG e PLS sui loro portali per avvicinarli al centro delle attività del sistema informativo. A titolo di esempio, non esaustivo, si dovrà:

- favorire l'interazione dei MMG e PLS con la porzione di Anagrafe degli Assistiti di propria competenza.
- Mettere a disposizione dei MMG e PLS i referti di indagini di Laboratorio e di Radiologia, per l'opportuno utilizzo.
- Informare tempestivamente (via mail o sms) i MMG e PLS di eventi di ricovero riguardanti i propri assistiti.
- Favorire lo sviluppo della lettera al medico curante al termine di ogni evento di ricovero, anche attraverso il miglioramento dei Sistemi gestionali ospedalieri.

Analogamente bisognerà compiere ogni sforzo per costruire insieme alle predette componenti un "Sistema Informativo clinico" delle cure primarie che integri in maniera completa il FSE, in via di costituzione, con i database clinici dei MMG e PLS per mettere a disposizione di tutte le componenti del SSR gli strumenti necessari a fornire, misurare e valutare i risultati di salute. A tale scopo si dovrà istituire un' apposita commissione che studi e definisca metodologie e contenuti per la realizzazione del predetto sistema informativo clinico.

La modalità organizzativa di "presa in carico", sottolineata anche dal Piano Sanitario Nazionale, deve essere ulteriormente rafforzata nell'esercizio delle attività territoriali, laddove si ravvisa la necessità di gestire bisogni semplici o complessi integrando le azioni assistenziali delle varie Unità Operative del Distretto con un adeguato supporto soprattutto sul piano informativo.

I Sistemi Informativi Aziendali Territoriali dovranno implementare quanto raccomandato dal PSN supportando *"Una modalità organizzativa atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali ... è il Punto Unitario di Accesso (Pua), che opera attraverso la raccolta di segnalazione, orientamento e gestione della domanda, attivazione di prestazioni per bisogni semplici, oltreché avvio della valutazione multidimensionale per i bisogni complessi, migliorando la collaborazione e il coordinamento tra le diverse componenti, pubbliche e non, sanitarie e sociali, impegnate nel percorso di cura, al fine di garantirne l'unitarietà"*

Un'adeguata informatizzazione delle attività distrettuali dovrà comprendere una dimensione informativa comune a tutte le UU.OO. distrettuali, per differenziarsi poi nelle dimensioni verticali, basate sulla prima e relative alle varie specialità di assistenziali. Nello strato comune è indispensabile che vi siano le funzioni e gli strumenti a supporto alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni, per supportare al meglio la modalità della Porta Unitaria di Accesso, che è stata trattata in maniera completa nel paragrafo dedicato all'accesso ai servizi distrettuali.

Altra importante porta di accesso è costituita dal CUP Regionale. Nato nella seconda metà del decennio che va a finire come un primo approccio al servizio di prenotazione regionale, esso deve evolvere verso una strutturazione più completa integrando nuove funzionalità (es prenotazioni di più prestazioni per il medesimo assistito, prenotazione di "pacchetti" di prestazioni etc.) e, soprattutto, rivolgersi direttamente agli Assistiti dando, in una prima fase, la possibilità di conoscere l'offerta regionale e le relative disponibilità. Tale argomento sarà trattato in maniera più analitica nel successivo obiettivo 9.

La Carta dei Servizi rappresenta uno dei mezzi a garanzia della qualità delle organizzazioni sanitarie, insieme all'autorizzazione ed all'accreditamento, ed è uno strumento di informazione e comunicazione, e si pone come un ponte "trasparente per favorire una partecipazione allargata dei cittadini e una valutazione del lavoro svolto".

In tutti gli ultimi interventi legislativi si ribadisce l'importanza cruciale dell'utilizzo dell'informatica per migliorare e rendere più "efficiente ed efficace" l'azione amministrativa, in particolare in ottemperanza delle disposizioni contenute nel Codice della Amministrazione Digitale che al Capo V art. 54 precisa *"i siti delle pubbliche amministrazioni centrali contengono necessariamente i seguenti dati pubblici"*

l'organigramma, l'articolazione degli uffici, le attribuzioni, i nomi dei dirigenti responsabili.....e garantiscono che le informazioni contenute siano originali” .

Dunque va favorita, laddove non già realizzata, l'immissione sui portali delle Aziende campane della Carta dei Servizi “on line”, in formato navigabile accessibile e fruibile, garantendo il costante aggiornamento dei dati in essa contenuti al fine di avere una informazione consistente ed in tempo reale. Tale azione deve essere indirizzata a strutturare le varie Carte aziendali in modo da poter poi realizzare, nell'ambito delle tecnologie di Interoperabilità e Cooperazione applicativa, una “Carta dei Servizi Regionale”, basata sul concetto di federazione di Sistemi.

Particolare attenzione dovrà essere posta, infine, nei processi di compartecipazione alla spesa del Cittadino e, in particolare, alle modalità di esazione. Questo particolare aspetto, già percepito dall'Assistito in maniera negativa, necessita del massimo supporto delle tecnologie disponibili, favorendo nel prossimo triennio, l'utilizzo di sistemi di pagamento innovativi che gli evitino disagi.

In particolare potranno essere utilizzati i “totem” specializzati nel pagamento Ticket o utilizzare i circuiti dei Tabaccai, fino ad arrivare a forme di pagamento on-line a fronte di prenotazioni di prestazioni.

Azioni programmate:

1. Esposizione sui portali aziendali di servizi rivolti ai MMG, PLS.
2. Istituzione della commissione per la definizione del S.I. clinico delle cure primarie.
3. Implementazione informatica della modalità organizzativa della Porta Unitaria di Accesso.
4. Regolamentazione per la progettazione di Carte dei Servizi Aziendali on-line predisposte all'utilizzo in cooperazione applicativa.
5. Attivazione, attraverso la centrale acquisti regionale SORESA, di convenzioni e forniture relative alle modalità di pagamento innovative.

Cronoprogramma:

- Punto 1 entro 12 mesi.
- Punto 2 entro 6 mesi.
- Punto 3 entro 18 mesi.
- Punto 4 entro la vigenza del piano.
- Punto 5 entro 18 mesi.

Obiettivo 9: Consolidare e proseguire le sperimentazioni

Il CUP Regionale

In Regione Campania, come già anticipato, è stato realizzato il Centro Unico Regionale di Prenotazione (CUREP): un sistema attraverso il quale è possibile effettuare prenotazioni di specialistica ambulatoriale presso una qualsiasi ASL/AO regionale, utilizzando un' applicazione web. Il progetto, strategico a livello regionale, è uno degli obiettivi del piano e-gov 2012.

Il sistema è stato realizzato attuando pienamente il modello dell'infrastruttura tecnologica regionale SPICCA descritta in precedenza. La sperimentazione del funzionamento sul campo ha evidenziato la validità dell'architettura, ma anche il limitato ricorso al sistema da parte degli operatori del CUP. E' ipotizzabile attendersi un incremento delle prenotazioni attraverso il CUREP, a seguito dell'attuazione della prevista campagna informativa rivolta a cittadini e medici di medicina generale, ma è comunque necessario la messa a punto di interventi tecnici ed organizzativi volti ad incrementare l'attrattività del sistema.

Gli interventi tecnici sono stati, nel complesso, individuati e riguardano: l'accesso al CUREP direttamente dall'interfaccia dell'applicativo cup aziendale, l'ampliamento delle prestazioni prenotabili (visite

successive e con i pacchetti di prestazioni), l'accesso al cittadino, per la sola parte informativa, sull'offerta e la disponibilità.

L'individuazione e la definizione di interventi organizzativi, tra cui l'estensione a MMG e farmacisti delle funzionalità di prenotazione attraverso il CUREP, è certamente più complessa e richiede un preliminare lavoro di analisi.

Gli sviluppi futuri del sistema riguardano l'esposizione sul CUREP dell'offerta del privato accreditato e la possibilità di utilizzare il sistema per evitare le prenotazioni multiple e per monitorare i tempi di attesa.

Azioni programmate:

1. Collocazione delle attività operative di gestione del CUREP all'interno dell'organo di governo del Sistema Informativo Sanitario Regionale;
2. Attuazione campagna informativa;
3. Progettazione e realizzazione degli interventi tecnici e soprattutto organizzativi per incrementare l'uso del sistema;
4. Progettazione sistema blocco prenotazioni multiple;
5. Progettazione sistema monitoraggio tempi attesa.
6. Studio per l'ampliamento del sistema al privato accreditato;
7. Recepimento delle Linee guida nazionali per il CUP;
8. Linee guida per l'identificazione e la classificazione dei primi accessi;
9. Riclassificazione delle classi di priorità per le prestazioni oncologiche;

Cronoprogramma: Le attività interesseranno l'intera vigenza del piano.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico

Un sistema di e-health in fase di avanzato sviluppo in Regione Campania è il Progetto Rete MMG/PLS, incentrato su un'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico: uno degli obiettivi del piano di e-gov 2012. Il FSE consente, attraverso una connessione in rete, la condivisione di diversi tipi documenti clinici in formato elettronico, quali prescrizioni, referti (generici di laboratorio e di radiologia), lettere di dimissione ospedaliera, certificati di malattia, patient summary etc..

L'architettura del progetto aderisce pienamente al modello dell'infrastruttura tecnologica regionale descritta in precedenza. La sperimentazione in corso interessa alcuni distretti delle ASL di AV, BN e SA, ma dovrà essere gradualmente ampliata, fino a coprire l'intero territorio regionale.

Un aspetto fondamentale per il buon esito del progetto riguarda l'integrazione del FSE con tutti gli applicativi clinici: LIS, RIS/PACS, Sistemi Ambulatoriali, Cartella Clinica MMG/PLS, etc.. Allo stato attuale solo una parte di applicativi clinici è connesso direttamente al FSE e trasferisce in esso automaticamente i documenti prodotti, ma è necessario integrare progressivamente con il FSE tutti gli applicativi che producono i documenti clinici gestiti dal sistema.

Per il funzionamento del sistema, infine, è necessario approfondire tutti gli aspetti organizzativi, con particolare riguardo al sistema di regole da rispettare e gli accordi da stipulare tra le classi di utenti.

Azioni programmate:

1. Recepimento delle Linee guida nazionali per il FSE, degli standard nazionali definiti dal TSE ed istituzione del FSE in Campania;
2. Definizione e attuazione degli aspetti organizzativi: regole che disciplinano l'uso del sistema;
3. Accordi con ASL/AO e MMG/PLS, organo regionale di governance;
4. Completamento, messa in esercizio e monitoraggio dell'attuale sistema;
5. Campagna di informazione, sensibilizzazione e formazione;

6. Definizione di linee-guida per la definizione degli strumenti Aziendali di gestione del FSE (repository, registri di indicizzazione, evoluzione degli applicativi produttori dei documenti clinici di interesse del FSE etc.);
7. Piano di estensione territoriale del progetto: prima ad un'intera ASL e poi a tutta la Campania.

Cronoprogramma: Le attività interesseranno l'intera vigenza del Piano.

La Gestione Integrata del Diabete in Regione Campania.

Con gli obiettivi e delle azioni indicate nel Piano di Prevenzione 2005-2007, si è dato l'avvio all'attuazione del modello assistenziale di Gestione Integrata del Diabete Mellito (Disease Management), già sufficientemente validato da altre esperienze nazionali ed internazionali, come sperimentazione regionale. Secondo le indicazioni del Progetto Igea (Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete), coordinato dall'ISS e strumento di supporto tecnico-metodologico ai Piani di Prevenzioni Regionali per la prevenzione delle complicanze del diabete, per Gestione Integrata deve intendersi un processo assistenziale finalizzato al consolidamento di una prassi di gestione condivisa tra il MMG, riferimento primario del singolo paziente, e la rete dei professionisti territoriali (specialisti, infermieri, dietisti, psicologi, altre figure professionali) coinvolte nel percorso assistenziale. L'integrazione avverrà, oltre che attraverso la condivisione del percorso diagnostico terapeutico, attraverso un sistema informativo informatizzato, che consenta di raccogliere ed analizzare tutti gli indicatori di processo e di esito previsti dal Progetto IGEA.

La metodologia scelta, che prevede, peraltro, la partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, declina i principi dell'integrazione e del coordinamento, in modo da coinvolgere i diversi livelli assistenziali prevedendo, tra l'altro:

- programmi di educazione sanitaria e di supporto al paziente diabetico;
- attivazione di uno strumento (cartaceo o magnetico) atto a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente conformi alle linee guida validate a livello nazionale;
- un sistema di monitoraggio su base informatizzata.

Il prodotto principale della Gestione Integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale, di un piano di follow-up attivo mirato sui bisogni del paziente.

La progettazione e parziale attuazione della rete integrata informatizzata ha previsto l'acquisizione e consegna a 161 MMG, che hanno dato l'adesione volontaria al progetto e completato il Programma Formativo IGEA, del software Quick Diabete con l'accesso al portale Appropriatezza, le AASSLL hanno provveduto a dotare i Centri Diabetologici di PC, l'acquisizione di una cartella clinica diabetologia unica per tutti i centri coinvolti nel progetto, con la possibilità di invio dei dati al portale Appropriatezza, definizione degli ambiti territoriali di partecipazione delle realtà reclutate. Nelle more del completamento della fase di informatizzazione, è stato utilizzato come strumento informativo il " Libretto del Paziente Diabetico" già presente in DGR 1168/2005 (Linee di indirizzo per l'assistenza diabetologica al paziente adulto).

Per il completamento della fase di informatizzazione, consistente nella realizzazione della rete informatizzata tra MMG, Centri diabetologici, ASL, ARSAN, attraverso cui potranno essere misurati gli indicatori di processo e di esito del progetto manca solo il completamento del collegamento di alcuni Centri Diabetologici con il portale APPROPRIATEZZA che consentirà la condivisione informatica delle informazioni.

Si procederà al completamento realizzando un Sistema che si "innesti", senza modificare, ma integrandosi, con il lavoro del medico di medicina generale e del diabetologo, nei software di gestione delle cartelle cliniche ambulatoriali di entrambe le figure e che consenta di realizzare i seguenti obiettivi:

- Realizzazione di una piattaforma aziendale sulla quale far condividere al medico di medicina generale ed al diabetologo le informazioni relative al monitoraggio del paziente diabetico.
- Realizzazione di una piattaforma WEB che consenta all'ARSan di poter accedere alle informazioni relative ai pazienti diabetici arruolati da ogni singola azienda al fine di poter monitorare il percorso assistenziale e l'adesione alle linee guida.

Inoltre per monitorare il modello organizzativo proposto per la gestione della patologia diabetica sono stati elaborati alcuni indicatori specifici per misurare outcome di esito ed outcome intermedi. Per l'elaborazione di tali indicatori, è necessario predisporre un apposito flusso informativo che preveda l'incrocio di diverse fonti: flusso informativo sulle prestazioni ambulatoriali, flusso informativo della farmaceutica, banca dati SDO regionale, dati desunti dalle Cartelle cliniche dei MMG, dati desunti dalle cartelle cliniche delle strutture diabetologiche (II e III livello), archivi ASL dell'assistenza protesica e di invalidità, archivi ASL delle esenzioni ticket per patologia.

Tali dati verranno elaborati, a livello regionale (ARSan) e resi disponibili alle AASSLL, per consentire la valutazione della qualità dell'assistenza fornita, i risultati raggiunti rispetto agli attesi e proporre eventuali ripianificazioni dei programmi e dei percorsi assistenziali.

Il Progetto Igea ha proposto un "Dizionario Dati" con lo scopo principale di "permettere che la medesima informazione sia generata indipendentemente dall'organizzazione o sistema che la cattura, o perlomeno che gli applicativi dei diversi operatori (MMG, specialisti) siano in grado di fornire ad una apposita interfaccia i dati relativi ad un paziente in un formato di interscambio. La finalità del Dizionario Dati IGEA è quella di identificare l'insieme di informazioni che possono consentire, a livello locale, regionale e nazionale, di monitorare il processo di continuità delle cure all'interno del sistema di gestione integrata del diabete mellito tipo 2". (Progetto Igea. Requisiti informativi. Documento di indirizzo).

Gli indicatori adottati nel Piano di Prevenzione delle Complicanze del Diabete Mellito sono mutuati dagli indicatori del Progetto IGEA, pertanto condividendone pienamente la individuazione, si ritiene di utilizzarli come strumento di analisi e valutazione sia per il livello regionale, ma anche per rendere il lavoro effettuato in regione Campania, confrontabile e valutabile anche con altre realtà nazionali.

Con l'attuazione del Piano di Prevenzione 2010-2012 il modello verrà esportato su tutto il territorio regionale per garantire omogeneità ed equità delle cure rispetto alla patologia diabetica.

Azioni programmate:

1. Completamento dell'infrastruttura informatica.
2. Definizione ed attivazione del monitoraggio del modello organizzativo.

Cronoprogramma:

- Punto 1 entro 12 mesi.
- Punto 2 entro la vigenza del piano.

La telemedicina

L'adozione delle tecnologie dell'informazione e delle reti di comunicazione costituisce oggi un valido strumento di supporto alla gestione sanitaria. Tra le applicazioni ad alta innovazione tecnologica, una sezione è rappresentata dalla telemedicina, promossa anche nel recente PSN.

La Regione Campania nella programmazione POR 2000-2006 ha attuato un progetto di telemedicina sperimentale. Questa azione ha avuto lo scopo di definire un portale di telemedicina prototipale, realizzato in collaborazione con l'Università Federico II, per la fruizione dei seguenti servizi:

- Ambulatorio di terapia antalgica;
- Assistenza dei pazienti con arti critici e/o piede diabetico

Consultazione delle immagini radiologiche (PACS)
Gestione Telematica dell'Ipertensione Arteriosa
Homecare e videoteleconsulto medico
Laboratorio didattico multimediale
Servizio di interscambio dei dati clinici
Servizio di interscambio dei dati clinici ed epidemiologici
Telecardiotocografia convenzionale e computerizzata
Telefarmacovigilanza
Telemedicina per gli ausili protesici

A livello nazionale è stato istituito l'Osservatorio nazionale e-Care, progetto realizzato dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia Romagna che si occupa della ricognizione e dell'approfondimento delle reti e-care attraverso un portale istituzionale a cui partecipa anche la Regione Campania. L'Osservatorio Nazionale, attraverso la cooperazione delle esperienze maturate nelle diverse realtà nazionali, permette di definire un complesso di indicatori (tecnologici, organizzativi, economici, di processo e clinici) necessari per una valutazione comparata delle reti e dei progetti e per la definizione di buone pratiche condivise.

La Regione Campania con il piano sanitario intende valorizzare le principali esperienze del precedente progetto sperimentale, in particolare consolidare ed ampliare l'infrastruttura di base di quanto già realizzato mediante gli interventi del Piano Operativo Regionale 2000-2006 Mis. 6.2, al fine di consentire la fruizione delle applicazioni di telemedicina attraverso un sistema tecnologicamente avanzato basato su una piattaforma che, integrata con l'infrastruttura di cooperazione applicativa SPICCA ed il FSE per la condivisione dei documenti clinici, fornisca i servizi di base per l'implementazione di specifiche applicazioni di telemedicina.

Tali servizi, assicurano il supporto alle principali metodologie di telemedicina: teleconsulto, telerefertazione, telemonitoraggio, telesoccorso, teleassistenza, telechirurgia, etc... A partire dai servizi di base della piattaforma, saranno sviluppate specifiche applicazioni verticali di telemedicina. In particolare nel progetto di telemedicina in via di sviluppo, valorizzando le principali esperienze del precedente progetto, con particolare riguardo ai protocolli clinici messi a punto, saranno sviluppati i servizi di teleconsulto/telerefertazione, su cui sarà impiantata la teleradiologia ed altre applicazioni quali telecardiotografia e la telepatologia su cui saranno impiantate le applicazioni per la refertazione a distanza di radiologie e cardiocogrammi ed i servizi di tele monitoraggio, su cui saranno impiantate le applicazioni di telehomecare.

La teleradiologia, intesa come attività di consulenza a distanza tra Medici è una metodica ormai consolidata e affidabile nei suoi procedimenti ma ancora poco diffusa nei presidi medici italiani, specie nel meridione. In alcune aziende sanitarie, ad esempio, già da alcuni anni è possibile eseguire un esame diagnostico presso una sede e richiedere una "consulenza" ad un radiologo situato in una sede differente. In questo scenario, presso la sede nella quale viene eseguito l'esame, è comunque presente il radiologo; il radiologo in questione richiede una "*second opinion*" al medico remoto al fine di redigere un referto quanto più accurato e preciso possibile. La responsabilità legale del referto resta in carico del medico che richiedente.

Mentre attività di "*second opinion*" sono sempre più frequenti, soprattutto nell'ambito di istituti di ricerca ed ASL multipresidio, sono ancora molto rare, se non nulle, attività di telerefertazione. Con il termine telerefertazione si intende il processo clinico finalizzato alla stesura di un referto medico relativo ad una prestazione diagnostica eseguita in una sede remota in assenza di un medico radiologo. Il servizio consentirà la refertazione da remoto di esami diagnostici per i quali non è strettamente richiesta la presenza del medico radiologo. Il servizio di telerefertazione offre la possibilità di mettere a fattore comune le competenze e le professionalità dei medici delle Aziende Sanitarie fortemente specializzate; mediante l'utilizzo diffuso del servizio, sarà possibile ottimizzare la distribuzione di risorse specialistiche usufruendo della loro competenza indipendentemente dalla locazione fisica.

Ogni struttura, all'interno della Rete di Teleradiologia, potrà avere uno dei seguenti ruoli:

- Polo di eccellenza: istituto presso il quale sono allocate risorse mediche di eccellenza relativamente a una specifica specializzazione. L'equipe di medici presso un Polo di eccellenza sarà incaricata di refertare gli esami diagnostici prodotti presso le "Radiologie periferiche".
- Radiologia periferica: istituto periferico presso il quale non sono presenti medici radiologi. In una radiologia periferica il tecnico provvederà all'esecuzione dell'esame diagnostico ed all'inoltro dello stesso verso il centro servizi che provvederà ad attivare la procedura di telerefertazione.

Il telemonitoraggio è finalizzato alla trasmissione dei parametri vitali e si rivolge principalmente ai pazienti cronici o post-chirurgici che necessitano di controllo continuo delle loro condizioni di salute.

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale evidenzia il mutamento dei bisogni e della domanda di salute, dominati dalla prevalenza delle patologie cronico - degenerative, responsabili oggi di circa l'80% della mortalità nei Paesi della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Allo stesso tempo rileva la necessità di razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta con la promozione del passaggio dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare, incentivando in particolare l'adozione di forme di dimissione protetta dall'ospedale. Sia gli anziani affetti da patologie cronico - degenerative, sia i pazienti fragili in dimissione protetta, hanno necessità di monitoraggio continuo dei parametri vitali.

Il telemonitoraggio, con il supporto di sistemi telematici e di strumentazione elettromedicale, consente di realizzare sistemi di telehomecare per assistenza domiciliare a distanza, conseguendo due obiettivi: la diminuzione dei costi del SSN e il miglioramento della qualità della vita degli assistiti. In particolare nel progetto che si intende sviluppare saranno realizzati sistemi di telehomecare rivolti al monitoraggio dell'ipertensione, dello scompenso cardiaco e della Bronco pneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO).

La Telemedicina deve essere considerata un'azione strategica di lungo periodo che richiede una collaborazione continuativa tra informatici, clinici, ingegneri biomedici ed esperti di organizzazione di sistemi sanitari collegialmente impegnati nella progettazione dei sistemi telematici, l'individuazione dei protocolli diagnostici-terapeutici adottare, la scelta della strumentazione da utilizzare, la valutazioni di reale efficacia ed efficienza delle tecnologie introdotte (HTA), la riorganizzazione delle aziende a seguito dell'introduzione dei nuovi servizi. A tal fine la Regione Campania si doterà di un organismo multidisciplinare, che avrà il compito di governare le strategie regionali in materia di telemedicina: la Commissione regionale per la Telemedicina e l'e-health, che dovrà essere allocata nella struttura di governo del SISR.

Azioni programmate:

- 1 - Costituzione della Commissione regionale per la Telemedicina e l'e-health.
- 2 - Avvio e realizzazione del progetto di Telemedicina 2.

Cronoprogramma:

- Punto 1: entro 3 mesi dall'attivazione della struttura di governo del SISR.
- Punto 2: le attività interesseranno l'intera vigenza del Piano.

Health Technology Assessment

Il cambiamento demografico, le maggiori aspettative di salute da parte della collettività e lo sviluppo di nuove tecnologie sanitarie rappresentano i fattori principali del costante, incontenibile aumento della spesa sanitaria. In particolare l'innovazione tecnologica alimenta le speranze di vita e di migliore qualità di vita della collettività e porta con sé, al contrario di quanto accade abitualmente nell'industria, un aumento dei costi. Non sempre, però, nuove tecnologie portano i benefici promessi o almeno non in misura tale da giustificare l'impegno economico profuso.

L'Health Technology Assessment (HTA) rappresenta un potente strumento innovativo gestionale utile ad effettuare valutazioni di reale efficacia delle tecnologie che posseggano requisiti di sostenibilità economica con l'obiettivo di supportare la politica sanitaria nell'assumere decisioni. I tempi, non sempre brevi, necessari per lo sviluppo di una valutazione HTA rendono questo strumento non utilizzabile efficacemente ai fini programmatici. Sovviene perciò l'Horizon Scanning (HS) che consente l'identificazione precoce di nuove tecnologie e fornisce valide valutazioni di impatto assistenziale e sostenibilità economica. Già il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 riconosceva come priorità l'implementazione e lo sviluppo dell' HTA. Il Piano Regionale Ospedaliero della Campania 2007 – 2009 proponeva l' HTA come strumento di grande utilità ai fini della programmazione rappresentando il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori, nel senso di produrre informazioni a supporto dei processi decisionali. Il Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013, poi, dedica ampio risalto all'importanza dell' HTA stigmatizzando l'esigenza della sua diffusione all'interno delle strutture sanitarie.

La necessità di sviluppare ed implementare strumenti funzionali al governo della variabile tecnologica è da tempo fortemente sentita in Campania. La Regione Campania intende implementare un processo formalizzato e strutturato di gestione delle nuove tecnologie che si prefigga l'obiettivo di valutare e finanziare l'innovazione tecnologica individuando tempestivamente le tecnologie innovative (Horizon Scanning), selezionandole in categorie a seconda delle loro finalità e valutandole (HTA). La Regione Campania con il Decreto dell'Assessore alla Sanità della Giunta Regionale della Campania n.43 del 19 febbraio 2009 “ *Implementazione dello strumento innovativo gestionale Health Technology Assessment nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria*”, ha istituito formalmente la commissione espressamente finalizzata all'implementazione dell'Health Technology Assessment nelle strutture sanitarie della Regione.

Nell'agosto 2008, poi, la Giunta Regionale ha deliberato (BURC n.37, 15.9.2008) il finanziamento del *Progetto Robinson per l'implementazione dell'Health Technology Assessment in Sanità*, nell'ambito della più ampia ripartizione di risorse tra le 8 linee progettuali funzionali al raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1 della legge 662/96. La Regione Campania ha fatto proprio un progetto già esistente, frutto della riflessione sulle problematiche dettate dal governo delle tecnologie da tempo avviata fra i medici delle direzioni ospedaliere e portata avanti attraverso numerose iniziative.

L'obiettivo principale del Progetto Robinson può essere individuato nella diffusione di una cultura a livello regionale della valutazione delle tecnologie sotto diversi profili. Il *Progetto Robinson in Ospedale*, adottato con ulteriore atto amministrativo, costituisce il naturale prosieguo del primo ponendosi la finalità di supportare la diffusione capillare degli strumenti dell'HTA e la concreta attivazione di valutazioni sperimentali a livello delle singole aziende ospedaliere presenti sul territorio regionale. La linea progettuale è, in questo caso, sviluppata sulla base dei recenti studi che hanno evidenziato l'importanza del contesto organizzativo nel consentire alle evidenze di tradursi in pratiche cliniche (Hospital - Based HTA). L'azienda ospedaliera è stata, in sostanza, riconosciuta come l'ambiente organizzativo ideale per introdurre e sistematizzare l'HTA in Campania e costituirà uno degli elementi fondamentali nel suo sviluppo secondo il modello delineato dalla Regione.

Contestualmente all'interesse per l' HTA la Regione Campania ha recepito l'importanza che riveste lo strumento dell'Horizon Scanning nell'identificare precocemente nuove tecnologie al fine di valutarne l'impatto assistenziale ed ha partecipato attivamente al Progetto COTE (Centro per l' Osservazione delle Tecnologie Emergenti) attivato dall' AGENAS.

Le iniziative della Regione Campania nell'ottica del governo dell'innovazione tecnologica sono state varie. Se ne cita qualcuna come ad esempio quella collegata al Decreto dell'Assessore alla Sanità della Giunta Regionale della Campania del 15.10.2007 che costituisce la prima iniziativa formale intrapresa dalla Regione rivolta al governo dei dispositivi medici. Con tale atto amministrativo si istituisce presso l'Assessorato alla Sanità il *Gruppo di Lavoro sui dispositivi medici* che, attraverso i componenti designati, costituisce l'organismo di supporto e la struttura di riferimento nella predisposizione di una serie di misure espressamente rivolte al governo regionale dei dispositivi medici. E' stata poi adottata la Delibera di Giunta Regionale del 6.11.2008 di recepimento del Decreto del Ministero della Salute

22.9.2005, attraverso cui si recepiscono la Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND), le sue modifiche ed integrazioni e si stabilisce che sia l'unica classificazione a cui riferirsi per tutte le attività connesse ai dispositivi medici in tutte le strutture sanitarie sul territorio regionale.

Va ancora citato, tra le iniziative intraprese il *Progetto regionale per lo sviluppo di strumenti utili al governo clinico e alla gestione del rischio* (Linea progettuale 5: governo clinico) che prevede espressamente l'adozione di un formale *Programma per la Valutazione osservazionale degli Esiti dei trattamenti sanitari* che intende introdurre ed aggiornare costantemente nel tempo database clinici, metodologie di risk adjustment, indicatori di performance utili a fini valutativi e già metodologicamente sviluppati nell'ambito del progetto Mattoni (Ministero della Salute).

In tale contesto si inserisce il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) che fa parte del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS), di cui al D.M. 11 dicembre 2009, e che ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi; tale processo rappresenta una parte molto importante, preliminare ad ogni azione di miglioramento continuo in tema di rischio clinico.

Sempre all'interno della Linea progettuale 5 (governo clinico), il Progetto SANIARP si propone di strutturare su tutto il territorio regionale un sistema di monitoraggio per raggiungere taluni obiettivi: a livello aziendale, di fornire uno strumento per l'analisi, nella propria realtà, delle prestazioni offerte ed il confronto con realtà analoghe al fine di promuovere l'appropriatezza; a livello regionale, di conoscere tempestivamente le dinamiche dei consumi sanitari per il governo della spesa ai fini della programmazione delle politiche sanitarie.

Azioni programmate:

- 1 - attivare la Commissione per l'implementazione dell'Health Technology Assessment;
- 2 - adottare con atto formale:
 - le linee guida per l'implementazione del HTA all'interno delle Aziende sanitarie, ospedaliere ed ospedaliero - universitarie
 - un piano di formazione tradizionale ed a distanza per i team aziendali da costituirsi da parte delle strutture sanitarie e per il management regionale
- 3 - dare avvio al piano di formazione del personale anche avvalendosi di competenze specifiche di società scientifiche
- 4 - realizzare, infine, primi modelli e strumenti tecnologici di supporto alle decisioni
- 5 - attivare e mantenere attivo un osservatorio regionale per il monitoraggio delle sperimentazioni effettuate nella Regione, per i necessari collegamenti con l'AGENAS, con le altre realtà regionali, con le Società scientifiche anche implementando strumenti di allerta per la valutazione precoce di tecnologie innovative.

Cronoprogramma:

- Punto 1: entro 2 mesi dall'approvazione del Piano Sanitario regionale.
- Punto 2: entro 4 mesi dall'insediamento della Commissione.
- Punto 3: entro 8 mesi dall'insediamento della Commissione.
- Punto 4: entro 12 mesi dall'insediamento della Commissione.
- Punto 5: per l'intera vigenza del Piano.

9.5 Le politiche del farmaco

A) Caratterizzazione dei consumi farmaceutici in Campania

I consumi dei farmaci in Campania e i relativi costi si sono sempre mantenuti su valori superiori ai tetti percentuali stabiliti dalla normativa nazionale. Da qualche anno si sta assistendo, tuttavia, ad un'inversione di tendenza, sia per quanto concerne la spesa farmaceutica ospedaliera, scesa al disotto

del 4% del finanziamento statale, che per quanto riguarda la farmaceutica territoriale, all'interno della quale la farmaceutica convenzionata ha avuto un sensibile calo, passando dal 13,91% del 2006 all'11,59% del 2009 (al netto del pay back).

Per raggiungere tali risultati, si è imposta l'esigenza di un'ampia manovra di contenimento finalizzata a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario nel settore attraverso una serie coordinata e sinergica di interventi di sistema e di riduzione dei costi dei prodotti farmaceutica.

Le azioni attuate secondo quanto programmato nel Piano di rientro, approvato con la DGRC n. 460 del 20.03.2007, e tutte regolarmente validate congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, previo parere dell'AIFA, si fondano in primo luogo, sull'orientamento dei consumi verso farmaci a brevetto scaduto e sulla distribuzione diretta dei farmaci della continuità assistenziale ospedale – territorio (PHT) da parte delle aziende sanitarie.

Peso rilevante sul piano economico hanno, inoltre, assunto in questo contesto gli interventi relativi alla rimodulazione del sistema di compartecipazione alla spesa per le prescrizioni farmaceutiche (DGRC 2266 del 30.12.2006) ed all'applicazione del prezzo di rimborso di riferimento regionale per gli inibitori di pompa protonica (DGRC 1880 del 26.11.2008).

In vigenza del Piano di rientro e per effetto delle misure adottate, la Regione Campania, ha, quindi, conseguito in materia farmaceutica rilevanti economie di spesa che hanno consentito, nell'arco del triennio 2007-2009, un parziale riequilibrio dei costi.

Ciononostante, la spesa farmaceutica rimane ancora uno dei fattori strutturali del disavanzo essendo la spesa convenzionata al di sopra dei tetti di spesa stabiliti dalla normativa nazionale.

B) Analisi dei consumi farmaceutici

Spesa SSN

La spesa farmaceutica convenzionata registrava al II semestre 2010 un incremento del valore della spesa netta a carico del SSN dell'1,38%, in controtendenza all'andamento nazionale (- 1,5% nel periodo gennaio/ aprile 2010), con una certa variabilità a livello di azienda sanitaria locale.

A livello di aziende sanitarie locali, utilizzando come indicatore di confronto la spesa netta SSN procapite, si riscontra una forte eterogeneità: il valore più basso si riscontra nell'ASL di Napoli 2 Nord; il valore più elevato è riferito all'ASL di Napoli 1 Centro, con una differenza del 21,58% .

Spesa Farmaceutica Convenzionata

ASL	ASSISTIBILI	RICETTE ANNO 2008	RICETTE ANNO 2009	SPESA NETTA ANNO 2008	SPESA NETTA ANNO 2009	SPESA NETTA % 2009/2008	Spesa procapite
AVELLINO	434.990	4.253.063	4.499.662	87.501.262	86.499.790	-1,14	198,85
BENEVENTO	289.143	2.856.633	3.008.248	60.493.665	58.319.396	-3,59	201,70
CASERTA	904.388	8.561.824	8.979.563	160.597.349	158.246.074	-1,46	174,98
NAPOLI 1 CENTRO	1.060.450	11.137.955	11.886.443	222.709.619	220.306.095	-1,08	207,75
NAPOLI 2 NORD	936.924	8.753.636	9.200.037	162.076.221	160.092.879	-1,22	170,87
NAPOLI 3 SUD	1.211.802	11.418.592	11.738.755	223.780.765	221.335.581	-1,09	182,65
SALERNO	1.101.302	11.150.252	11.561.188	217.500.342	213.216.882	-1,97	193,60
TOTALE	5.938.999	58.131.955	60.873.896	1.134.659.223	1.118.016.696	-1,47	188,25

Tutti i dati che seguono sono tratti dal Rapporto OsMed 2009.

Dalla comparazione dei dati di spesa netta SSN/1000 ab. regionali e nazionali relativamente ai farmaci rimborsabili, si osserva che i valori registrati in Campania sono maggiori rispetto a quelli nazionali, sia per quanto riguarda la spesa netta pro-capite di farmaci di classe A – SSN (€ 212,5 vs € 186,4), che per quanto concerne le DDD/1000 ab (1.021,4 vs 926.) Emerge, dunque, che in Campania si spende di più e si consumano più farmaci che nella media italiana.

Un grosso impatto sull'andamento della spesa farmaceutica convenzionata sta avendo la manovra sulle compartecipazioni varata con il decreto commissariale n. 51 del 27.09.2010, che, nell'ultimo trimestre del 2010, sta determinando una riduzione di circa il 7% della spesa lorda e di circa il 14% della spesa netta, consentendo un risparmio rispetto al 2009 che dovrebbe attestarsi su valori prossimi al -2%, con un effetto di riduzione spesa netta per oltre 40 milioni di euro.

C) Consumi

Dall'analisi quali-quantitativa dei consumi dei farmaci per classe terapeutica al 1° livello della classificazione anatomico-terapeutica-chimica (ATC 1) si riscontra, a livello regionale, che, in termini di DDD/1000 ab., i farmaci per il sistema cardiovascolare incidono per la maggior quota (46%) sul totale del mercato, seguiti, a forte distanza, dai farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (12,93%), sangue ed organi emopoietici (9,94%), farmaci per il Sistema respiratorio (6,12%) ed altri.

Anche in termini di spesa netta a carico del SSN, i farmaci per il sistema cardiovascolare incidono per la maggior parte (35,78%) sul valore totale del mercato.

Un ulteriore aspetto critico da considerare nella pratica clinica quotidiana, che inficia negativamente sui potenziali benefici ottenibili, è la discontinuità alle terapie farmacologiche. Diversi studi dimostrano, invece, come un miglioramento nell'utilizzo dei farmaci cardiovascolari in termini di aderenza al trattamento comporterebbe un risparmio in termini di ospedalizzazioni che si tradurrebbe a sua volta in un risparmio netto in termini di spesa sanitaria complessiva.

Ai farmaci per il sistema cardiovascolare, per quanto riguarda la spesa, seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (13,48%), gli antimicrobici generali per uso sistemico (12,90%), sangue ed organi emopoietici (9,27%), i farmaci per il sistema nervoso (8,53%), ed altri.

La prima categoria terapeutica al 4° livello della classificazione ATC per incidenza sulla spesa netta a carico del SSN è costituita, a livello regionale, dagli inibitori dell'HMG-coA reductasi (statine), seguita dagli inibitori di pompa e dagli antagonisti dell'angiotensina.

Il principio attivo più diffuso a livello regionale è l'atorvastatina (in accordo a quanto riscontrato in ambito nazionale) seguito da salmeterolo+fluticasone e lansoprazolo.

In ogni caso, i consumi farmaceutici in Campania, misurati in dosi definite die (DDD) x 1000 abitanti, sono diffusamente superiori rispetto ai corrispondenti valori nazionali.

Si registra, inoltre, un consumo più elevato di eparinici e cefalosporina di terza generazione (rispettivamente sesta e settima classe ATC4) rispetto all'Italia (undicesima e decima classe ATC4) e, soprattutto, di antibiotici.

La Campania, infatti, da diversi anni si pone al primo posto in Italia per consumo di chemioterapici antibatterici, in particolare di antibiotici iniettabili. Gli ultimi dati di confronto tra le regioni, relativi all'anno 2009, riportano per la Campania il valore di consumo più elevato, con 37 DDD/1000 ab *die* dispensate.

I consumi farmaceutici regionali nelle diverse modalità di distribuzione

I consumi farmaceutici regionali ripartiti in base ai diversi canali di distribuzione (convenzionata, diretta e ospedaliera), si attestano, secondo la rilevazione effettuata al primo semestre 2010, per il 64,8% in regime convenzionale (farmacie aperte al pubblico), per il 13,6% in distribuzione diretta (servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie) e per il 21,6% in ambito ospedaliero.

Rispetto alla distribuzione osservata in ambito nazionale, i consumi regionali sono in linea per quanto riguarda il mercato in regime convenzionale, sono superiori ai livelli nazionali per la quota destinata alla distribuzione diretta (13,6% vs 12%). Il livello ospedaliero presenta, invece, nei due ambiti a confronto, una quota inferiore di 1,5 punti percentuali riferita al contesto regionale rispetto al dato nazionale (21,58% vs 23%).

Uso del farmaco: le criticità.

L'impiego razionale dei medicinali e dei dispositivi medici costituisce un obiettivo strategico dell'ottimizzazione del livello di salute e di equità nell'allocazione delle risorse.

In tale ottica, l'insieme delle procedure di acquisto, conservazione, prescrizione, dispensazione, monitoraggio e vigilanza devono garantire al cittadino l'utilizzo di farmaci e dispositivi individuati secondo criteri di efficacia e sicurezza, in relazione allo specifico bisogno di salute accertato e al relativo percorso assistenziale.

Si è già detto dell'importante recupero di risorse ottenuto attraverso il conseguimento dell'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica, in attuazione delle relative misure previste in materia dal Piano di rientro.

Tuttavia, permangono alcune criticità che condizionano il miglioramento del sistema a livello centrale e periferico e che costituiscono quindi obiettivi prioritari della programmazione regionale di cui al presente Piano:

- disomogeneo livello di attuazione dei provvedimenti regionali;
- incompleto sviluppo del sistema informativo per un adeguato governo regionale e locale;
- limitata diffusione della cultura dell'appropriatezza delle prescrizioni;
- difficile governo della domanda indotta dalle pressioni delle politiche settoriali di mercato e dalle prescrizioni "suggerite";
- insufficiente informazione ai cittadini sul corretto uso del farmaco;
- sottosegnalazione delle reazioni avverse da farmaci (ADR), soprattutto se paragonata con gli elevati consumi;
- disomogenei sistemi di distribuzione diretta dei farmaci della continuità assistenziale ospedale – territorio (PHT) e di remunerazione dei servizi di distribuzione in nome e per conto (DPC);
- ridotta utilizzazione dei registri di monitoraggio e ridotto accesso ai regimi di rimborsi per cost sharing e risk sharing..

D) Gli interventi prioritari

La Regione svolge le fondamentali funzioni di indirizzo, verifica e vigilanza nei confronti dei processi correlati al sistema-farmaco.

In quanto principale protagonista del processo di risanamento in corso, in questa delicata fase in cui vanno temperati obiettivi di bilancio e qualità dell'assistenza erogata, va effettuato ogni sforzo per incentivare l'appropriatezza, quale strumento di ottimizzazione della spesa sanitaria, e la conoscenza del bene da governare, ovvero i criteri, i sistemi, le procedure in atto per la cura della salute dei residenti.

La valutazione dell'appropriatezza rappresenta una componente essenziale di un sistema assistenziale che sia efficace ed efficiente. L'inadeguato utilizzo del farmaco determina non soltanto il mancato raggiungimento dei benefici clinici attesi, ma, nel lungo periodo, comporta un incremento del rischio di eventi e un aumento dei costi associati all'assistenza ospedaliera.

La conoscenza del fenomeno da governare, implica la necessità di implementare un efficace sistema di monitoraggio dei consumi farmaceutici, sia ospedalieri che territoriali.

Nell'ambito del suo ruolo, pertanto, la pianificazione regionale è finalizzata a perseguire, da un lato, il monitoraggio delle patologie, dei consumi, e delle modalità di cura; dall'altro, incentivare l'utilizzo dei farmaci e delle modalità di distribuzione più efficienti, l'informazione indipendente sull'efficacia e la

sicurezza dei farmaci, la definizione dei percorsi assistenziale, il confronto ed il coinvolgimento di tutti i protagonisti della "filiera" salute: dai medici prescrittori ai farmacisti, dai distributori ai cittadini.

Implementazione del sistema di monitoraggio dei consumi

Un sistema di monitoraggio efficiente che consenta di acquisire con tempestività indicazioni sulle priorità strategiche alle quali destinare progettualità e risorse non può prescindere da adeguati sistemi informativi alimentati dai flussi specifici per il governo del settore in riferimento.

I flussi informativi sull'attività prescrittiva, sono, per la farmaceutica convenzionata, il sistema Tessera Sanitaria (*portale TS*), la banca dati SFERA (*Progetto Sfera IMS Health* utilizzato dal Ministero della Salute anche per i confronti interregionali), il *Flusso D*; mentre per i farmaci distribuiti direttamente il *Flusso F di cui al D.M.31 luglio 2007 e s.m.i.*. La regione Campania effettua inoltre attraverso lo stesso flusso informativo del File F anche il monitoraggio dei farmaci ad alto costo somministrati in corso di ricovero, tra cui le chemioterapie antitumorali ed i farmaci per l'emofilia.

Il predetto sistema informativo necessita, tuttavia, di un'omogeneizzazione dei flussi rispondenti alle medesime finalità nonché di essere integrato con il flusso relativo ai consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, secondo il decreto 04/02/2009 del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, in modo da consentire la conoscenza in tempo reale di strategiche informazioni quali-quantitative sull'andamento dei consumi, utili per intraprendere misure volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, alla razionalizzazione della spesa e consentire il governo unitario del settore.

Scadenza dei brevetti nel triennio 2011 - 2013

L'inappropriatezza prescrittiva è una delle principali componenti dell'eccesso di spesa farmaceutica. Le esperienze già maturate ed il confronto con le altre Regioni, che hanno permesso un notevole rallentamento della spesa, confermano la possibilità di conseguire importanti risparmi di spesa intervenendo direttamente su tale componente.

In tale ottica assume particolare rilevanza l'incentivazione delle molecole a brevetto scaduto e deibiosimilari, e l'utilizzo appropriato dei farmaci, avendo a riferimento i comportamenti adottati nelle Regioni più virtuose, in grado di offrire un'assistenza sanitaria di qualità, come evidenziato dall'AIFA, negli indicatori sulla spesa farmaceutica fissati dall'AIFA in attuazione dell'art. 11, comma 7, lettera b) del D.L. 78/2010 (*"Tabelle di raffronto della spesa farmaceutica fra le singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente"*), resi disponibili attraverso il cruscotto del Sistema Tessera Sanitaria.

In Campania, pur rilevando un incremento nel ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, incentivati da diversi provvedimenti regionali, si registrano ancora ampi spazi di miglioramento. Obiettivo primario della pianificazione regionale è, pertanto, quello di adottare strategie volte ad incentivare l'impiego dei farmaci a brevetto scaduto, anche in ambito ospedaliero.

Ci sono diversi principi attivi che hanno recentemente perso il proprio brevetto, altri lo perderanno nei prossimi mesi; si tratta di farmaci importanti, tra di essi vi è il medicinale attualmente maggiormente prescritto in Campania (l'atorvastatina), e rispetto ai quali, oltre alla loro introduzione nel PTOR, si adotteranno specifiche direttive con obiettivi di utilizzo e di risparmio.

Ciò permetterà di estendere il meccanismo del farmaco generico equivalente con i conseguenti risultati in termini di minore spesa a carico del SSN.

Il risparmio è difficilmente quantificabile, ma è sicuramente di importo considerevole. Dagli indicatori di appropriatezza elaborati dall'AIFA, che comparano prezzi dei farmaci e DDD/1000 ab. tra le regioni, emergono potenziali risparmi per decine di milioni di euro, conseguibili se la Campania adottasse gli stili prescrittivi vigenti nelle regioni italiane più virtuose, in termini di appropriatezza prescrittiva.

Razionalizzazione dell'uso dei farmaci e degli antibiotici in particolare

Si è detto sopra che i rapporti OsMed, evidenziano che in Campania si prescrive mediamente più che nelle altre regioni (DDD/1000 ab 1.021,4 vs 926).

La questione appropriatezza è, dunque, quanto mai attuale nella nostra regione.

Si richiamano, ancora una volta, le evidenze degli indicatori sulla spesa farmaceutica fissati dall'AIFA e i fortissimi risparmi conseguibili attraverso una maggiore attenzione alla cultura dell'appropriatezza, degli stili di vita, del confronto e del coinvolgimento di tutti gli operatori della filiera "salute".

Situazione, se possibile, ancor più grave, se non altro per le conseguenze dannose per la salute e i possibili, immensi risparmi, per ciò che concerne l'utilizzo dell'antibiotico, atteso che la Campania da diversi anni si pone al primo posto in Italia per consumo di chemioterapici antibatterici, in particolare di antibiotici iniettabili. Gli ultimi dati di confronto tra le regioni, relativi all'anno 2009, riportano per la Campania il valore di consumo più elevato, con 37 DDD/1000 ab *die* dispensate. Una possibile chiave di lettura di tale anomalia è rappresentata da fattori sociali e culturali legati alla tradizione. Molto spesso è il paziente stesso ad esercitare una pressione sul medico a favore della prescrizione della terapia antibiotica.

Si rende necessario stabilire misure di intervento a tre diversi livelli:

- delle Aziende Sanitarie Locali, potenziando il sistema di monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci antibiotici utile a definire un contesto nel quale inserire attività specifiche di formazione;
- dei medici prescrittori (MMG, PLS, specialisti), con un aggiornamento in tema di uso di antibiotici e aumento delle resistenze batteriche, evidenziandone l'uso spesso inappropriato o per l'assenza di infezione (abuso) o per un impiego a dosi inadeguate, tempi o vie di somministrazione scorretti (misuso) e con la definizione di percorsi e strumenti diagnostici condivisi che riducano l'area di incertezza del medico prescrittore e conseguentemente riducano l'utilizzo non necessario di antibiotici;
- della popolazione, con campagne educative generali mirate a spiegare i potenziali rischi delle terapie antibiotiche riguardo le resistenze batteriche.

Predisposizione dei percorsi diagnostico-terapeutici

Si è già detto delle principali anomalie del sistema Campania: elevata spesa farmaceutica pro-capite, elevato valore del DDD/1000 ab., discontinuità delle terapie farmacologiche, che si ripercuote negativamente in termini di ospedalizzazione.

In tale ottica, assume un ruolo fondamentale un deciso e concreto coinvolgimento di tutti gli operatori della filiera "salute", in primis i MMG/PLS, attraverso la definizione di protocolli terapeutici condivisi per il controllo dei principali fattori di rischio, realizzati secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi.

Controllo, monitoraggio, programmazione della spesa farmaceutica

Una criticità del SSR concerne la conoscenza del bene da governare.

E' oltremodo urgente rendere disponibili: un efficiente sistema di monitoraggio, procedure omogenee tra le Aziende, rete dei flussi.

Si segnala, inoltre, che non ha ancora trovato attuazione, inoltre, il *DM Salute 4 febbraio 2009 Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero*.

La valenza strategica della materia, rende opportuna l'attivazione di un apposito tavolo di lavoro, che, partendo dalla ricognizione dei sistemi vigenti nelle aziende sanitarie, elabori procedure omogenee di

monitoraggio con rendicontazione mensile, al maggior livello di dettaglio possibile, curi la predisposizione di indicatori di performance, impartisca direttive per l'elaborazione di budget.

Rafforzamento della continuità assistenziale ospedale-territorio

I sistemi di distribuzione dei farmaci della continuità assistenziale ospedale territorio (PHT) adottati sono: distribuzione diretta (DD); distribuzione in nome e per conto (DPC); distribuzione in regime di convenzione.

L'ultima modalità (distribuzione convenzionata) è la più onerosa per il SSR, per cui si attueranno strategie volte:

- alla riduzione/scomparsa della distribuzione convenzionata dei farmaci del PHT;
- a far configurare la Distribuzione Diretta, quale canale naturale di dispensazione del primo ciclo terapeutico, sia in fase di dimissioni di ricovero, che a seguito di visita specialistica, conformemente a quanto previsto dall'art. 8 della L. 405/2001;
- ad intensificare la DPC, da realizzare secondo regole uniformi a livello regionale con riferimento alla gestione della continuità assistenziale, , sotto stretto monitoraggio delle ASL e dei distretti.

Sviluppo della rete di vigilanza

Il sistema di farmacovigilanza sulle reazioni avverse da farmaci e vaccini si basa su due aspetti principali:

- nessun farmaco è sicuro al 100% per tutte le persone in tutte le circostanze
- un farmaco una volta immesso in commercio non può essere considerato sicuro.

Infatti, a causa dei limiti degli studi pre-marketing, la conoscenza del profilo rischio/beneficio del farmaco è incompleta.

La *farmacovigilanza* consente quindi di approfondire il profilo di tollerabilità di un farmaco e di individuare potenziali nuovi effetti terapeutici. Al riguardo è opinione ormai consolidata che le attività di farmacovigilanza, nei paesi in cui la stessa è maggiormente sviluppata, ricevono particolare impulso laddove operano Centri di riferimento regionale con competenze e requisiti specifici.

L'intervento orientato al rafforzamento della sicurezza del cittadino non può prescindere quindi dal consolidamento della rete di farmacovigilanza e dallo sviluppo della vigilanza sui dispositivi medici.

Nel sistema di farmacovigilanza campano, costituisce un punto di forza l'attività tecnico-scientifica dell'attività svolta dall'Università di Napoli (CIRFF) che opera con il coordinamento dell'ufficio preposto dell'Assessorato Regionale della Salute, il cui ruolo istituzionale assume una posizione centrale all'interno del sistema.

In Campania si registra ancora un tasso di segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini inferiore al valore medio nazionale specie se rapportato ai consumi.

Obiettivo della Regione è pertanto il potenziamento e il consolidamento della rete dei referenti della farmacovigilanza delle Aziende sanitarie, delle attività favorevoli l'incremento del numero delle segnalazioni specificamente orientate ad una costante formazione/informazione degli operatori coinvolti.

Tali attività concorrono, insieme ad altre azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico correlato alla prescrizione, trascrizione, allestimento e somministrazione dei medicinali (come scheda unica di terapia, prescrizione informatizzata in reparto, interfaccia con sistemi informativi di *medical alert*, somministrazione controllata tramite codice a barre, armadi automatizzati di reparto, dose unitaria), a garantire la sicurezza del paziente contribuendo alle segnalazioni di sospette reazioni avverse, ad alimentare la banca dati regionale, nazionale ed europea, e quindi ad aumentare le conoscenze sul profilo di rischio dei farmaci e dei vaccini.

Misure per l'appropriatezza delle prescrizioni

Le attività che il presente Piano intende prioritariamente implementare ai fini di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche sono le seguenti:

- *revisione ed aggiornamento periodico del Prontuario terapeutico ospedaliero-territoriale regionale (PTOR)*
Il PTOR è lo strumento per selezionare sulla base di criteri di efficacia, sicurezza ed economicità i farmaci da utilizzare nelle strutture pubbliche e private accreditate del SSR e da prescrivere all'atto delle dimissioni o in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali, nell'ambito di protocolli terapeutici e percorsi assistenziali;
- *Individuazione di un referente regionale per i registri AIFA*
I farmaci innovativi, specialmente quelli biotecnologici, uniscono a grandi potenzialità diagnostiche e terapeutiche, scarse informazioni sulla sicurezza, un costo elevato e spesso anche un rilevante rischio di inappropriata prescrizione, per cui l'AIFA ne ha sottoposto l'impiego ai Registri.
L'uso dei Registri di monitoraggio permette di ridurre progressivamente gli impieghi off-label evidenziando perciò una maggior appropriatezza d'uso, e garantendo la valutazione della sicurezza e dell'efficacia.
L'AIFA unitamente alla valutazione del potenziale innovativo dei farmaci ha dato avvio ad un nuovo approccio per la ripartizione/condivisione del rischio (*Risk Sharing*).
L'associazione di Registri di monitoraggio e accordi di risk sharing contribuisce alla definizione del giusto costo da sostenere da parte del SSN, sia definendo il valore terapeutico del nuovo farmaco nella pratica clinica, sia consentendone un uso più appropriato.
L'Osservatorio ha, pertanto, lo scopo di valutare l'applicazione delle modalità di registrazione e di attivazione delle procedure di *risk sharing* e/o *payment by result*, verificando eventualmente i pattern di utilizzo clinico, con il supporto dell'attività del Centro Regionale di Farmacovigilanza;
- *Documentazione ed informazione indipendente*
Nell'ambito dei processi per il miglioramento dell'efficacia dell'assistenza sanitaria e di riduzione dei costi, la prescrizione farmaceutica appropriata e la promozione di stili di vita salutari al quale concorrono l'informazione e l'educazione continua rivestono un ruolo di primaria importanza.
Su tale punto, si segnala che l'Assessorato alla Sanità, in collaborazione con l'AIFA, ha di recente avviato la campagna informativa rivolta ai cittadini sulla prevenzione dell'ictus e sull'uso dei farmaci cardiovascolari, nonché corsi di formazione/aggiornamento per MMG/PLS e specialisti;
- *Gruppo di lavoro per l'appropriatezza*
L'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche ha la finalità di predisporre linee guida, di promuovere programmi di educazione al corretto uso dei farmaci, di fornire proposte operative per il controllo delle prescrizioni;
- *Progetti di collaborazione con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta*
La sovrabbondante esposizione della popolazione ai trattamenti farmacologici ed il grande impatto in termini di sostenibilità economica, impongono che nel contesto di progetti di collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta siano definiti specifici obiettivi di salute e di razionalizzazione delle prescrizioni nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi attraverso tavoli tecnici di concertazione.

D Progetto di farmacia integrata "Aziende ospedaliere della zona collinare Camaldoli - Napoli".

Nell'area della collina dei Camaldoli di Napoli insistono numerose Aziende ospedaliere (A.O. Cutugno, A.O. Monaldi, AOU Federico II, A.O.R.N. Cardarelli, Fondazione Pascale).

Tra i processi comuni, si intende individuare quelli gestibili in modo integrato, alla ricerca di sinergie e, quindi, di una maggiore efficienza ed efficacia di processo.

Di seguito, si riportano le aree possibili oggetto del processo di integrazione, che potrebbe prevedere la concentrazione di alcune di esse in una o più aziende, con l'obiettivo di aumentare l'efficacia e contenere i costi:

- Galenica tradizionale e clinica
- Allestimento e gestione di farmaci galenici officinali e magistrali, secondo le norme di buona preparazione della Farmacopea Ufficiale vigente versione, linee guida internazionali sulla corretta manipolazione dei farmaci.
- Distribuzione diretta dei farmaci
- Distribuzione diretta dei farmaci del primo ciclo e del PHT.
- Logistica integrata
- Realizzazione di un polo logistico centralizzato in grado di gestire l'intero flusso dei beni sanitari, con l'obiettivo finale di razionalizzare i flussi logistici, globalmente intesi (flussi di merci, persone e informazioni), finalizzato ad una condivisione dell'impiego delle risorse, alla riduzione dei costi complessivi della logistica in un'ottica di forte integrazione tra le aziende.
- Servizio presidio guardia farmaceutica notturna e di reperibilità.
- Gestione prontuario terapeutico multiaziendale
- Coordinamento ed istruttoria per commissioni tecniche per la valutazione di prodotti farmaceutici, redazione ed aggiornamento del prontuario e repertori interaziendali attraverso l'istituzione della commissione tecnica per i dispositivi medici e di una commissione tecnica per il prontuario terapeutico interaziendale.
- Farmacia clinica e sperimentale
- Funzione di gestione e di controllo di farmaci sperimentali, dei protocolli di sperimentazione clinica compresi gli studi osservazionali in ottemperanza a quanto previsto dalle norme di Buona Pratica Clinica.
- Farmacovigilanza
- Sorveglianza sulle reazioni avverse da farmaci (ADR adverse drug reaction) e su incidenti o mancati incidenti da dispositivi medici ed attività connesse alla segnalazione delle ADR.
- Informazione
- Attività finalizzate alla individuazione di strumenti, azioni e metodologie per una corretta informazione e documentazione sui farmaci e per un loro corretto ed appropriato utilizzo da parte ai sanitari.
- Servizio presidio guardia farmaceutica notturna e di reperibilità.
- Drug day, con la concentrazione delle terapie con farmaci ad alto costo in determinate giornate.
- Riunire in giornate specifiche i pazienti afferenti più strutture ospedaliere con trattamenti farmacologici analoghi, consentirebbe di ottimizzare notevolmente l'utilizzo dei medicinali, peraltro molto costosi, limitandone al massimo la dispersione conseguente all'utilizzo parziale dei flaconi.

Tra le possibili azioni si individueranno quelle più efficaci, in una valutazione complessiva che valuti qualità del servizio reso, ottimizzazione delle risorse umane, razionalizzazione dei costi.

9.6 La formazione

L'impiego delle risorse umane sempre più si caratterizza quale fattore critico di successo per la soddisfazione dei bisogni di salute del cittadino, da perseguire comunque attraverso un attento impiego delle risorse disponibili. Alla luce di ciò, la "formazione" costituisce una delle leve strategiche per il conseguimento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari.

In un settore in rapida e continua evoluzione, quale quello sanitario, la formazione non può essere circoscritta al conseguimento iniziale di un titolo professionale, ma deve necessariamente essere accompagnata da una formazione che, durante tutto l'arco della vita, consenta agli operatori sanitari di aggiornare il proprio know-how per rispondere ai continui mutamenti delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e all'evoluzione della domanda sanitaria.

E' compito specifico delle regioni definire la politica formativa, individuando le finalità da perseguire e le modalità di attuazione, in linea con gli obiettivi del PSN e del PSR ed il fabbisogno formativo delle diverse figure professionali.

Gli strumenti operativi attraverso cui la Regione Campania intende governare la formazione sono: l'Educazione Continua in Medicina, la Formazione Manageriale, la Formazione Specifica in Medicina Generale, la Formazione dei Laureati triennali di ambito sanitario e la Formazione Universitaria Specialistica.

L' Educazione Continua in Medicina

L'Educazione Continua in Medicina è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. L'E.C.M. è stata istituita con il D.Lgs. 502/1992 integrato dal D.Lgs. 229/1999, che prevedevano l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, sostanziato nell'acquisizione di crediti formativi. Inoltre, l'istituzione di sistemi regionali di ECM, consentendo agli operatori sanitari l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta e concorrendo al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi sanitari, costituisce obbligo nell'ambito degli adempimenti LEA.

La Regione Campania ha posto in essere significative iniziative in materia, tra cui: l'istituzione della Commissione Regionale per l'E.C.M., l'analisi dei bisogni formativi e l'individuazione degli obiettivi formativi di interesse regionale, l'approvazione delle "linee guida" in materia di E.C.M., rivolte alle Aziende Sanitarie e l'approvazione del "Programma di Formazione sul Campo", che dà agli operatori l'opportunità di avvalersi per l'apprendimento direttamente delle strutture sanitarie presso cui si trovano ad operare.

Il sistema E.C.M. è stato profondamente innovato di recente con gli Accordi Stato-Regioni del 31/8/2007 e 5/11/2009, che non prevedono più l'accreditamento dei singoli eventi formativi, ma l'accreditamento dei provider E.C.M., organizzazioni che autonomamente definiscono il piano formativo ed attribuiscono i crediti ai singoli eventi. Inoltre l'accreditamento non avviene più solo a livello nazionale, ma anche le regioni sono abilitate all'accreditamento dei provider E.C.M. In tale nuovo scenario l'attività in materia ECM in Regione Campania ha ricevuto un nuovo impulso con il Decreto Commissariale n. 45 del 19/7/2010, che ha recepito i citati Accordi Stato-Regioni 31/8/2007 e 5/11/2009 e, di fatto, posto le basi per l'avvio di un sistema di accreditamento regionale.

Principale obiettivo in materia ECM è dunque dare piena attuazione a quanto previsto dal Decreto Commissariale n. 45/2010. E' indispensabile provvedere alla definizione e costituzione degli organi di governo del sistema e, in via prioritaria, la ricostituzione della Commissione Regionale ECM. Sarà così possibile avviare l'attività di individuazione degli obiettivi e dei progetti formativi regionali e la definizione dei regolamenti attuativi per l'accreditamento dei provider ECM e l'attribuzione dei crediti agli eventi formativi. Dovrà inoltre essere realizzato un apposito portale regionale ECM a supporto degli accreditamenti e della pubblicizzazione degli eventi organizzati dai provider.

Proseguendo sulla strada tracciata dalle "linee guida" in materia ECM per le aziende sanitarie, si potenzierà il sistema coordinamento, supporto e monitoraggio delle attività svolte dalle aziende sanitarie, al fine del conseguimento dei fabbisogni formativi e di crediti ECM, rapportato alle diverse figure professionali.

La Formazione Specifica in Medicina Generale

La formazione Specifica in Medicina Generale disciplinata dal Decreto Legislativo 17/8/1999 n. 368 e dal Decreto del Ministero della Salute 07/03/2006, è finalizzato alla formazione dei medici di medicina generale. Gli allievi, al termine del corso, conseguono il Diploma di Formazione in Medicina Generale, che costituisce titolo irrinunciabile per l'inserimento nelle graduatorie dei medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale.

Il corso deve formare i discenti per consentire agli stessi di adempiere ai compiti assegnati al MMG, anche in considerazione del nuovo ruolo che la figura professionale va assumendo e che richiede, oltre competenze di natura clinica, sempre più competenze organizzative e tecnologiche.

Il MMG infatti si trova ad essere il punto nodale di connessione tra il cittadino ed una rete intersettoriale di professionisti della salute appartenenti ai diversi livelli gestionali del SSN: servizi territoriali ed assistenza ospedaliera. In tale contesto trovano collocazione le recenti applicazioni di telemedicina che consentono la condivisione delle informazioni sullo stato di salute degli assistiti e forniscono strumenti operativi che semplificano l'attuazione di protocolli clinico-terapeutici che coinvolgono una pluralità di operatori sanitari, anche operanti a distanza tra di loro. Si evidenzia a riguardo che la Regione Campania ha avviato uno specifico progetto: Rete MMG/PLS.

E' specifico compito del MMG, inoltre, prendere in carico i pazienti in modo globale e completo intervenendo non solo in ambito diagnostico-terapeutico, valutando comunque la migliore risposta in termini di efficacia e di appropriatezza, ma anche informando ed educando, al fine di favorire scelte corrette per promuovere e tutelare la salute e il benessere dell'assistito e della sua famiglia nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale e ed esistenziale, in tutta la sua evoluzione temporale.

In tale scenario i programmi ministeriali previsti per i corsi in oggetto risentono della necessità di un adeguamento, anche in considerazione del fatto che facevano riferimento a corsi di durata biennale, mentre attualmente i corsi sono di durata triennale. Principale obiettivo per i corsi specifici in medicina generale è quindi una revisione dei vecchi programmi, adeguandoli alla durata triennale dei corsi e alle nuove esigenze formative illustrate in precedenza.

La Formazione Manageriale

La formazione manageriale destinata ai manager e ai dirigenti apicali delle Aziende Sanitarie, è espressamente prevista dal D.Lgs. n. 502/92 come modificato dal D.Lgs. n. 229/99 e dal D.P.R. n.484/97. Il D.Lgs. n. 502/92 e s.m. agli artt. 15 e 16-quinquies individua, infatti, la formazione manageriale anche quale requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi per la direzione di strutture complesse prevedendo pure che il certificato di formazione manageriale debba essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico, demandando altresì alle Regioni l'organizzazione e l'attivazione di tali corsi.

Finalità della formazione in esame è incentivare le capacità manageriali dei propri dirigenti sanitari i quali, per l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sono chiamati a possedere adeguate conoscenze e competenze non solo di natura professionale ma anche organizzativa e gestionale, stante il fatto che la qualità di un servizio pubblico complesso, come è quello sanitario, è la risultante di un elevato grado di competenze tecnico - professionali e, non di meno, di una sensibile capacità organizzativa in un contesto di risorse finite.

Solo attraverso un management adeguatamente formato è possibile attuare le innovazioni del S.S.N., guidate da una strategia che mira a garantire, da un lato, la qualità dei servizi e, dall'altro il contenimento delle risorse utilizzate. L'esigenza di un potenziamento delle competenze manageriali è quanto mai attuale nell'intero paese, in relazione all'attuazione della recente riforma in senso federalista dell'ordinamento italiano basata sui livelli essenziali delle prestazioni, che devono essere comunque garantiti, ed sul costo standard, che a tali livelli essenziali sono correlati. Tale esigenza è poi particolarmente sentita in Campania, fortemente impegnata nella razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale e nell'attuazione del nuovo piano ospedaliero.

La Regione Campania ha provveduto a recepire il documento in materia di Formazione Manageriale, approvato in Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome in data 10/7/2003, nel quale vengono fissate le linee guida per l'effettuazione dei corsi di formazione manageriale per i dirigenti sanitari, affidando alle Regioni e Province autonome il compito di attivare ed organizzare tali corsi secondo i criteri e le indicazioni fissate nel documento stesso. Ha poi, con propria Legge Regionale n. 3 del 2/3/2006, dettato, tra l'altro, indicazioni in materia di alta formazione destinata ai direttori generali, amministrativi e sanitari di aziende sanitarie.

La formazione manageriale regionale, così come delineata nei suddetti atti, non è in linea con le esigenze attuali, visto il profondo mutamento degli scenari. Pertanto un primo obiettivo che si intende perseguire è quello della revisione delle tematiche della formazione manageriale. Un secondo obiettivo, invece, riguarda l'attivazione dei corsi di formazione manageriale in Regione Campania.

La formazione per le lauree triennali in ambito sanitario

L'art. 6, comma 2, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. prevede che la Formazione dei Laureati triennali di ambito sanitario avvenga sulla base di appositi Protocolli d'Intesa da stipularsi tra la Regione e le Università sedi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Essa costituisce un obiettivo strategico nel processo che mira ad una prestazione diagnostico-sanitaria sempre più aderente ai bisogni dell'utenza e nel contempo ispirata a principi di economicità, efficienza ed efficacia. Sotto tale prospettiva risulta irrinunciabile la rivalutazione dell'apporto operativo posto in essere da professionisti in tempi passati relegati ad un ruolo gregario di sussidiarietà e di supporto in percorsi diagnostico-terapeutici elaborati da livelli professionali considerati più elevati e consequenzialmente prevalenti. La tendenza ad un sempre più elevato grado di specializzazione nell'attività professionale impone oggi, al contrario una stretta e proficua interazione tra i diversi livelli del processo, privilegiando un elevato grado di autonomia e di consapevolezza, che può derivare solo ed esclusivamente da un'attività formativa caratterizzata da elevato livello didattico-scientifico e nel contempo strettamente radicata nell'esperienza professionale operativa concreta.

Tale esigenza deve essere garantita da una programmazione che tenga conto delle variate e più specifiche esigenze operative e da una formazione effettuata capillarmente in ambito decentrato.

Tale scelta, già alla base dell'impianto didattico-formativo posto in essere dall'amministrazione regionale in collaborazione con le Università, Agenzie didattiche per loro natura a tanto deputate, e che nel tempo ha portato a risultati già di per sé apprezzabili, deve essere ulteriormente definita, incrementata ed incentivata. E' necessario privilegiare una formazione – del cui standard culturale e scientifico possa farsi garante la struttura universitaria – condotta però presso le strutture delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, garantendo così un sempre più ampio e proficuo utilizzo delle numerose e validissime risorse professionali e delle esperienze maturate nell'ambito della realtà operativa del territorio e delle sue numerose sfaccettature problematiche.

La formazione universitaria specialistica

Il comma 3 dell'art. 6 del Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i. prevede che la Formazione Universitaria Specialistica avvenga sulla base di Protocolli d'Intesa da stipularsi tra la Regione e le Università sedi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Anche questo ambito della formazione sanitaria costituisce un elemento fondamentale nel processo di rivalutazione e riqualificazione complessiva delle prestazioni assistenziali.

Un nuovo modello organizzativo che si è andato delineando anche sulla base della più recente normativa nazionale di riordino del settore, quali i decreti del MIUR dell'1/8/2005 e del 29/3/2006 ha consentito ed incentivato l'interfacciarsi della formazione cattedratica universitaria con la concreta realtà operativa delle strutture sanitarie aziendali, consentendo un proficuo ed irrinunciabile interscambio di conoscenze ed esperienze e proiettando gli specializzandi nella realtà concreta operativa che sarà teatro della loro esperienza professionale.

Sotto tale profilo si sono rivelati strumenti efficaci ed irrinunciabili i protocolli d'intesa di recente stipulati dall'amministrazione regionale con le Università campane, che regolano e disciplinano appunto tale flusso ed interscambio di esperienze. Alla luce di quanto previsto dai protocolli è necessario incrementare e dal sempre maggiore rilievo a quello che costituisce il corollario dei protocolli stessi, l'indispensabile strumento operativo costituito dalla "rete formativa", vero e proprio repertorio di strutture territoriali ed ospedaliere messe a disposizione dalle Aziende per l'attività di formazione specialistica. La "rete formativa" costituisce un doppio binario di comunicazione, attraverso il quale lo specializzando si cala da protagonista nella realtà operativa, essendo chiamato a svolgere in prima persona e in concreto

atti ed attività professionali rivolti ad un'utenza reale, nella quale si concretizza e si sostanzia il modello e lo schema didatticamente codificato. Nel contempo al dirigente della struttura operativa di riferimento è dato modo di calarsi nella realtà didattico-scientifica della Scuola di Specializzazione, acquisendo il necessario avallo al suo modus-operando e consentendogli così una più proficua e consapevole attività di guida e di indirizzo nei confronti del discente.

E' ovvio che in tale ottica deve innestarsi anche l'attività di programmazione che annualmente l'amministrazione regionale opera nel settore in prospettiva di una risposta sempre più efficiente ed adeguata alla variegata richiesta di salute che l'utenza pone all'attenzione degli operatori ed amministratori tutti.